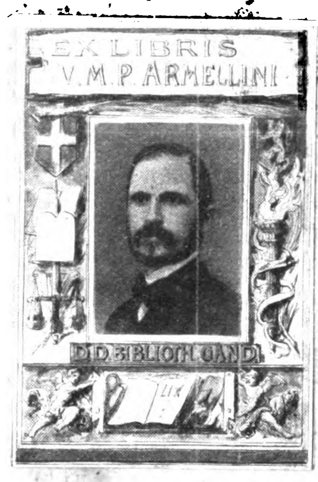
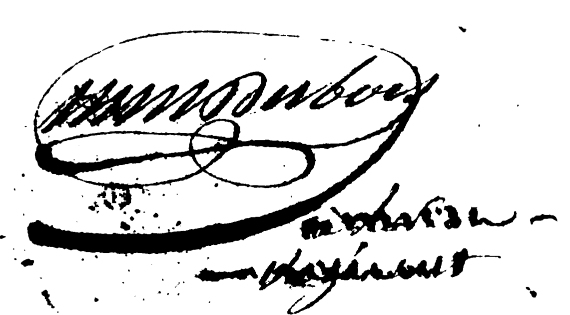



EX LIBRIS
V. M. P. ARMELLINI
D.D. BIBLIOTH. GAND.

COURS

THÉORIQUE ET PRATIQUE

D'ACCOUCHEMENS.



IMPRIMERIE DE H. REMY, A BRUXELLES.



COURS

THÉORIQUE ET PRATIQUE

D'ACCOUCHEMENS,

DANS LEQUEL ON EXPOSE LES PRINCIPES DE CETTE BRANCHE DE L'ART, LES SOINS QUE LA FEMME EXIGE PENDANT ET APRÈS LE TRAVAIL, AINSI QUE LES ÉLÉMENS DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET MORALE DE L'ENFANT;

PAR J. CAPURON,

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS, PROFESSEUR DE L'ART DES ACCOUCHEMENS ET DES MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANS; MEMBRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

QUATRIÈME ÉDITION,

REVUE, CORRIGÉE ET AUGMENTÉE,

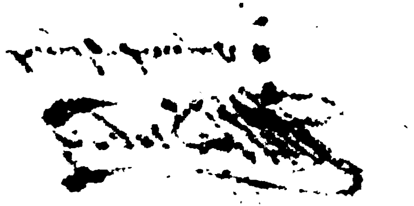
PUBLIÉE PAR LES SOINS DU DOCTEUR C. J. B. COMET.

Bruxelles,

A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE,

RUE ROYALE NEUVE, PRÈS DU BOULEVARD.

MDCCCXXVIII.



PRÉFACE.

Cette quatrième édition de notre cours théorique et pratique d'Accouchemens diffère beaucoup des précédentes. Nous y avons ajouté un plus grand nombre d'observations, soit pour signaler de dangereuses méprises, soit pour diriger les praticiens dans les cas épineux. Le mécanisme de l'accouchement y est aussi exposé avec plus de détail, et sous un autre point de vue. Du reste, le corps de l'ouvrage est presque entièrement le même quant au fond et à l'ordre des matières.

Dans la première partie, nous exposons les connaissances relatives au bassin de la femme, à la matrice et au fœtus, trois objets dont il est important et même indispensable de bien saisir les rapports à quiconque veut être accoucheur. On devine sans peine que ces questions nous ont fourni l'occasion de parler de la grossesse et des signes propres à la constater.

La seconde partie traite de l'époque, des causes, des phénomènes, de la division et du mécanisme de l'accouchement naturel, y compris la délivrance, les soins que la femme exige pendant et après le travail, ainsi que les élémens de l'éducation physique et morale de l'enfant.

Quant à la troisième et dernière partie, elle est consacrée à l'accouchement non naturel, que nous avons subdivisé en *manuel* et en *mécanique*. Nous ferons observer qu'ici nous avons suivi, plus que partout ailleurs, une marche qui nous est propre; nous avons réduit et simplifié le nombre et l'ordre des genres et des positions adoptés par les auteurs qui nous ont précédé. Que, si l'on nous trouvait répréhensible de nous être ainsi écarté de la doctrine usitée ou vulgaire, nous en appellerions au témoignage des élèves, à qui notre méthode paraît plus simple, plus claire, plus commode, et plus facile à retenir que toute autre. Nous ferons encore mieux sentir l'utilité de cette méthode dans un précis de la théorie et de la pratique des accouchemens que nous publierons bientôt.

Au reste, si, parmi ceux qui ont déjà suivi nos cours, et dont plusieurs se sont livrés à la pratique ou à l'enseignement, il en est qui aient trouvé nos principes défectueux ou vicieux, nous les conjurons de nous en faire part. Ils peuvent compter d'avance sur notre docilité à profiter de leurs avis, et sur notre empressement à leur en témoigner notre reconnaissance.

Nous n'avons point cherché à faire ici un vain et pompeux étalage d'érudition, en surchargeant ce Traité de notes et de citations. Nous avons seulement indiqué les auteurs les plus recommandables qui nous ont servi de guide; et nous avons supprimé les titres de leurs ouvrages, de crainte de rendre le nôtre plus volu-

mineux, sans en augmenter l'utilité. Au reste, il nous sera facile de remplir cette lacune, si c'en est une, lorsque nous exécuterons le projet, déjà formé, de publier l'Histoire de l'Art des Accouchemens, dont nous n'avons qu'ébauché le tableau dans la bibliothèque médicale [1].

On aurait peut-être désiré que nous eussions ajouté à ce Cours élémentaire quelques planches, où nous aurions fait graver des bassins, des matrices, des délivres, des fœtus dans toutes sortes de positions, des leviers, des forceps; en un mot, l'arsenal entier de l'accoucheur. Mais à quoi bon tous ces ornemens? Nous avons cru inutile et superflu de peindre à la vue ce qu'il faut non-seulement voir, mais encore toucher avec attention.

Quelques personnes ont trouvé aussi que nous avions été trop laconique dans l'exposition de la manœuvre relative à l'accouchement non naturel. Nous leur répondrons que nous croyons au contraire avoir été trop prolixe sur cette matière; nous avons d'abord eu soin d'expliquer les principes généraux et essentiels de la manœuvre; nous en avons montré la conformité avec le mécanisme de l'accouchement naturel; enfin nous en avons fait l'application aux cas particuliers qui sont les plus ordinaires. Or, cela ne suffit-il pas à tout esprit doué d'une médiocre intelligence et capable de déduire d'une théorie tout ce qui en découle naturellement ou de soi-même? Aurait-on voulu que nous eussions répété la manœuvre en détail pour chaque genre et pour chaque espèce d'accouchement? Mais alors il nous aurait fallu composer un ouvrage qui, outre l'énormité du volume, aurait eu l'inconvénient d'endormir ou de faire bâiller le lecteur.

D'ailleurs, notre livre tombera entre les mains de ceux qui n'ont jamais voulu prendre aucune teinture de l'art des accouchemens, ou de ceux qui en connaissent déjà la théorie et la pratique, ou de ceux qui se disposent à les étudier. Nous conseillons aux premiers de ne point lire ce que nous avons écrit sur le mécanisme de l'accouchement naturel, de lire encore moins les procédés opératoires, soit avec la main, soit avec les instrumens, qui doivent être une imitation, sinon parfaite, du moins aussi rapprochée qu'il est possible de la nature. Tout cela, même à l'aide des plus belles planches, serait plus obscur pour eux que la plus fine algèbre. Quant aux seconds, ils trouveront, sans le secours du dessin, ce que nous avons dit facile à entendre, et propre à leur rappeler ce qu'ils savaient déjà. Enfin, les troisièmes, ou les élèves, auxquels nous nous intéressons plus particulièrement, doivent être prévenus que le meilleur moyen de surmonter les difficultés est de se familiariser avec les manœuvres ou opérations qu'on simule sur le mannequin. En effet, plus ils répéteront ce genre d'exercice, plus ils acquerront de dextérité, et plus ils deviendront capables de mériter la confiance des femmes qui les appelleront à leur secours, quand elles seront pressées des douleurs de l'enfantement.

[1] Ou Recueil périodique d'extraits des meilleurs ouvrages de médecine et de chirurgie, par une société de médecins. VIe année.

INTRODUCTION.

La génération, ce mystère impénétrable par lequel le genre humain se reproduit sans cesse, embrasse la *conception*, la *grossesse* et l'*accouchement*. Ce sont là trois conditions dont le concours est absolument nécessaire pour accomplir le vœu de la nature. Par la conception le germe est fécondé dans l'ovaire, d'où il se détache, pour se rendre, en suivant la trompe, dans la cavité de la matrice, où il se développe pendant la grossesse ; et dans l'accouchement, la matrice, non moins merveilleuse par son action que par sa structure, expulse, à travers la filière du bassin, le fœtus, parvenu au terme de sa maturité, avec toutes ses dépendances.

L'accouchement n'est donc, à proprement parler, que l'expulsion d'un fœtus vivant et à terme, hors de la matrice à travers le vagin et la vulve : définition qui donne de son objet, au moins quant à son acception naturelle, l'idée la plus exacte et la plus complète, et qui, par conséquent, est la plus conforme aux règles d'une saine logique.

1°. Elle rejette le préjugé du vulgaire, et même l'opinion erronée de certains accoucheurs, qui font jouer un rôle actif au fœtus lorsqu'il vient au monde.

2°. Elle distingue l'accouchement vrai, ou proprement dit, d'avec ces sortes d'accouchemens trompeurs, où la matrice n'expulse qu'un fœtus privé de la vie, quelquefois monstrueux ou dégénéré, souvent une mole, des mucosités, des concrétions polypeuses, des hydatides, de l'eau, du vent, etc.

3°. Elle empêche de confondre l'accouchement à terme avec ces accouchemens plus ou moins prématurés auxquels on donne le nom d'*avortemens* ou de *fausses-couches*, et dans lesquels le fœtus présente des caractères d'immaturité plus ou moins sensibles.

4°. Enfin, elle spécifie l'accouchement qui succède à la grossesse utérine, et non à ces grossesses qu'on nomme vulgairement *extra-utérines*, parce que le produit de la conception s'est développé par une espèce d'erreur de lieu dans les trompes, sur les ovaires, ou dans l'abdomen.

Mais ce n'est point assez que la matrice expulse le fœtus auquel elle a servi, pour ainsi dire, de réceptacle et d'asile durant la grossesse ; il faut encore qu'elle se livre à quelques nouveaux efforts pour terminer son ouvrage. A la vérité, le but principal de la nature est rempli jusque là, puisqu'un nouvel être respire et voit le jour. Mais la mère qui l'a formé en grande partie de sa propre substance courrait les plus grands dangers, si elle n'était débarrassée des membranes qui enveloppaient le fœtus, et du placenta ou délivre qui suppléait aux organes de la digestion et de la respiration avant sa naissance. Ce sont là ces dépendances auxquelles on a donné le nom de *secondines* ou d'*arrière-faix*, et dont l'expulsion constitue la délivrance, sorte d'accouchement secondaire non moins important à connaître que le premier.

L'expulsion du fœtus, ou l'accouchement proprement dit, et la délivrance, ou expulsion de l'arrière-faix, tels sont donc les deux principaux objets de la science qui enseigne à secourir la femme en travail.

Quelques physiologistes se récrieront peut-être si nous avançons que l'accouchement, en général, se réduit à une opération mécanique; mais il est si facile de prouver cette assertion! En effet, qu'on observe tant qu'on voudra ce qui se passe dans cette fonction naturelle; qu'y verra-t-on? Une puissance qui force un corps ou un mobile à traverser un canal osseux. Or, qu'est-ce que cette puissance? c'est la matrice; ce mobile? c'est le fœtus; et ce canal? c'est le bassin de la mère.

D'ailleurs, tous les praticiens admettent cette manière d'envisager l'accouchement. Cela est si vrai que, dans les cas extraordinaires, il n'en est pas un seul qui n'ait recours à la main ou à quelque instrument, pour suppléer à l'inertie de la matrice, ou pour écarter les obstacles qui s'opposent à l'expulsion du fœtus. Mais, puisque l'art, qui doit toujours tendre à imiter la nature, agit mécaniquement, pour l'aider quand elle est impuissante, ne serait-ce pas une contradiction manifeste d'attribuer à cette prévoyante mère une autre manière d'opérer? Convenons donc que l'accouchement est une fonction naturelle qui se réduit à une opération mécanique.

Cela posé, cette importante fonction doit s'exécuter d'une manière conforme au vœu de la nature, lorsque la puissance expultrice l'emporte sur les obstacles qui s'opposent au passage du fœtus à travers le canal du bassin. Au contraire, l'accouchement sera toujours non naturel, et par conséquent pénible ou laborieux, même impossible ou dangereux pour la mère et pour l'enfant, lorsque ces mêmes obstacles seront plus ou moins difficiles à surmonter, et exigeront plus ou moins impérieusement les secours de l'art. Dans le premier cas, le ministère de l'accoucheur est inutile, ou se borne à si peu de chose, qu'il ne diffère presque point du rôle de simple spectateur. Dans le second, il doit être plus ou moins actif, puisqu'il est nécessaire de suppléer aux efforts impuissans de la nature par des forces étrangères, à moins que dans quelques circonstances, à la vérité bien rares, il ne soit à propos de modérer ou de ralentir la marche trop rapide du travail.

Le point le plus essentiel en pratique est donc de bien distinguer le domaine de l'art d'avec celui de la nature. C'est là ce qui constitue le vrai tact de l'accoucheur, qualité rare et précieuse, qui est en grande partie le fruit d'une longue habitude, et qui élève tant le praticien éclairé au-dessus de l'aveugle routinier.

Mais quelque utiles que puissent être les leçons de l'expérience, il faut néanmoins convenir que celui qui se destine à la carrière des accouchemens en retirerait peu d'avantage, s'il n'était déjà éclairé par le flambeau de la théorie, ou s'il ne possédait d'avance cet ensemble de principes et de connaissances qui constituent les élémens de son art. Pour arriver à ce degré d'instruction, qu'on peut regarder comme le préliminaire ou le fondement d'une solide pratique, voici la marche qui nous paraît la plus simple et la plus naturelle. Il faut, premièrement, étudier avec soin la structure des organes de la femme qui servent à l'accouchement, et surtout leur rapport avec le fœtus, dont l'expulsion est le but que la nature se propose; secondement, analyser et décomposer le mécanisme de l'accouchement naturel, et méditer attentivement sur la manière dont cette fonction s'exécute; troisièmement, faire l'application des préceptes puisés, pour ainsi parler, à l'école de la nature, afin de remplir les indications que présentent les accouchemens non naturels. Tel est le triple objet de la théorie de l'accouchement; telle sera aussi la triple division de l'ouvrage dans lequel nous entreprenons de la développer.

PRINCIPES
DE L'ART
DES ACCOUCHEMENS.

PREMIÈRE PARTIE.

Des organes de la femme qui servent à l'accouchement, et de leurs rapports avec le fœtus.

Nous avons déjà fait observer que le bassin de la femme était une espèce de canal ou de filière, à travers laquelle la matrice expulsait le fœtus dans l'accouchement naturel; par conséquent, le bassin avec les parties molles dont il est environné, la matrice avec ses annexes, et le fœtus avec ses dépendances, doivent être un sujet continuel de méditation pour celui qui aspire au titre d'accoucheur. C'est là proprement le livre de la nature qu'il doit consulter, et où il puisera mieux qu'ailleurs les préceptes qui lui serviront de règle et de boussole dans la pratique.

CHAPITRE PREMIER.

Du bassin de la femme considéré par rapport à l'accouchement.

Le bassin doit être considéré comme un canal qui livre passage au fœtus pendant l'accouchement; il ne concourt donc à cette fonction mécanico-naturelle que d'une manière passive. Cependant il est de la plus grande importance de l'étudier, soit dans l'état sec, ou tel que le squelette le présente aux yeux de l'anatomiste, soit dans l'état naturel, ou avec les parties molles qui le recouvrent de tous côtés à l'extérieur et à l'intérieur. Cette double manière d'envisager le bassin est la plus avantageuse pour en connaître la situation, la direction, la structure, la forme ou configuration; pour en mesurer les dimensions dans l'état de bonne et de mauvaise conformation, et pour apprécier les changemens ou modifications que les parties charnues apportent dans sa forme et dans sa capacité.

ARTICLE PREMIER.

Du bassin dans l'état sec, ou sur le squelette.

Pour avoir une idée du bassin dans cet état, il faut le considérer sur le squelette de la femme adulte, lorsqu'elle est parvenue au moins à sa dix-huitième ou vingtième année. C'est ordinairement à cette époque de la vie que les jeunes filles, surtout dans les climats tempérés de l'Europe, s'engagent dans les liens du mariage, parce qu'elles sont alors en général le plus capables de devenir mères ; plus jeunes, il est rare qu'elles aient une constitution assez forte, ou que leur bassin ne soit pas trop faible pour supporter le fardeau de la grossesse et le travail de l'accouchement ; à un âge plus avancé, au contraire, il est à craindre que les pièces osseuses dont ce canal est composé ne soient trop solidement articulées, ou maintenues en contact par de trop fermes ligamens pour livrer au fœtus une voie libre, commode et facile. Les accoucheurs et les médecins ne manqueraient certainement pas d'exemples pour prouver que les femmes ont acheté quelquefois bien cher les plaisirs de la maternité dont la jouissance avait été précoce ou tardive.

SECTION PREMIÈRE.

De la situation du bassin.

Le bassin est situé à l'extrémité inférieure de la colonne vertébrale, dont il forme pour ainsi dire la base, et avec laquelle il s'articule ; il est placé encore au-dessus et entre les membres abdominaux, auxquels il sert de point fixe, et avec lesquels il s'articule également ; d'où il résulte que ce canal termine en bas la cavité abdominale dont il renferme et soutient en partie les viscères, principalement l'extrémité inférieure de l'intestin, la vessie avec son conduit excréteur, et les organes de la génération. Si l'on réfléchit maintenant que le bassin est invariablement attaché aux os qui composent le reste du squelette, qu'il occupe la partie la plus déclive du tronc, qu'il correspond au centre de gravité de tout le corps, et aux principaux émonctoires par où sortent les restes impurs de la digestion, on ne peut méconnaître dans cette disposition le but de la nature sous le rapport de l'accouchement. On voit qu'elle s'est proposé, non-seulement de maintenir le bassin dans l'état d'immobilité, pendant qu'il livre passage au fœtus, mais encore de faire concourir à l'expulsion de ce dernier toutes les puissances qui agissent pour expulser les excrémens.

SECTION II.

De la direction du bassin.

La direction du bassin varie dans les différentes attitudes du corps ; il est oblique de haut en bas et d'avant en arrière, ou bien il approche, soit de la verticale, soit de l'horizontale, suivant que la femme est debout, assise ou couchée à la renverse. La connaissance de toutes ces directions, loin d'être indifférente, est au con-

traire de la plus grande utilité pour les accoucheurs qui veulent pratiquer convenablement sur le bassin de la femme les manœuvres relatives à leur art ; il serait en effet bien difficile, pour ne pas dire impossible, de porter la main dans ce canal osseux et d'en extraire le fœtus, quand la nature ne peut l'en expulser, sans savoir la direction qu'il faut suivre pour y arriver et pour en sortir.

SECTION III.

De la structure du bassin.

Dans l'âge adulte, seule époque de la vie où la femme devient ordinairement mère, le bassin n'est composé que de quatre pièces osseuses, savoir : des deux os des hanches ou des îles, du sacrum et du coccix ; on pourrait y ajouter les deux dernières vertèbres lombaires, ce qui en ferait alors six. La structure du bassin chez le fœtus en offre un bien plus grand nombre ; mais elle ne pourrait faire l'objet de cet article, sans jeter une certaine confusion dans les idées. En attendant qu'il en soit question ailleurs, nous nous bornerons à examiner ici, par une sorte d'analyse, chacun des os qui forment le bassin de la mère ; nous les réunirons ensuite tous les quatre ou tous les six par une sorte de synthèse, pour en mieux embrasser l'ensemble et le résultat.

§ Ier. — *Des os des hanches ou des îles.*

Les os des hanches ou des îles forment les parties latérales du bassin, et se réunissent pour en former aussi la partie antérieure. Ils sont grands, larges, pairs, et très-irrégulièrement épais. Leur face interne regarde l'intérieur du bassin, et leur face externe présente une cavité profonde, nommée cotyloïde, qui sert de centre et de point fixe à la tête du fémur pour l'exécution de ses mouvemens.

On y distingue trois régions, dont la première, supérieure et postérieure, a reçu le nom d'*ilium ;* la seconde, antérieure, celui de *pubis,* et la troisième, inférieure, celui d'*ischium*.

1°. L'ilium, la plus étendue de ces trois régions, a une forme à peu près triangulaire, et présente deux faces, l'une externe et l'autre interne ; trois bords et trois angles.

La face externe de l'ilium, un peu convexe en avant, et légèrement concave en arrière, n'est presque d'aucune importance sous le rapport des accouchemens.

La face interne offre plus d'intérêt. Une ligne anguleuse, oblique de haut en bas, et de derrière en devant, assez tranchante dans sa moitié ou dans ses deux tiers postérieurs, et plus arrondie dans le reste de son étendue, divise cette face en deux portions, l'une supérieure et l'autre inférieure. La première, qui est assez large, porte le nom de fosse iliaque, à cause de sa concavité ; la seconde, parsemée en arrière de tubercules auxquels s'attachent des tendons et des ligamens, présente un peu plus en avant une empreinte articulaire, assez semblable à une feuille d'*azarum* ou de

cabaret, sur laquelle on distingue une infinité de petites éminences et de petites cavités. Le reste de cette portion n'a plus rien de remarquable.

Le bord supérieur de l'ilium, le plus long des trois, est une espèce de crête, dont les deux extrémités sont contournées en sens inverse, à peu près comme celles d'une *S* italique. Si l'on en considère l'épaisseur, on y distingue un interstice et deux lèvres, dont l'interne offre, vers le tiers postérieur de sa longueur, une espèce de saillie plus ou moins obtuse, à laquelle vient s'insérer un ligament qui, par l'autre extrémité, s'attache à l'apophyse transverse de la dernière vertèbre lombaire.

Le bord antérieur, plus court que le supérieur, présente deux échancrures, dont l'une est plus large et moins superficielle que l'autre. Elles sont séparées par une apophyse qu'on appelle l'*épine antérieure et inférieure de l'ilium*.

Un prolongement osseux partage aussi le bord postérieur en deux échancrures, dont la plus grande et la plus profonde ne forme que le sommet d'une autre beaucoup plus grande encore, à laquelle on donne le nom d'échancrure *sacro-ischiatique*.

Les trois angles de l'ilium ne sont que des tubercules qui résultent de la rencontre de ses trois bords. La crête de l'os des îles forme, avec le bord antérieur, un angle obtus, qu'on nomme *épine supérieure et antérieure*, pour la distinguer de celle qui a été déjà remarquée; la réunion de cette même crête avec le bord postérieur offre un angle de même nature, auquel on a donné le nom d'*épine supérieure et postérieure*; enfin le bord antérieur et le bord postérieur se réunissent en une masse osseuse que plusieurs anatomistes ont regardée comme la base de l'ilium, à cause de son volume et de son épaisseur.

2°. L'ischium présente deux faces, deux extrémités et deux bords. L'une des faces, externe, convexe et inégale, n'offre de remarquable que la cavité cotyloïde, dont la forme est demi-sphérique, et dont le bord très-saillant, échancré à sa partie interne, est surmonté, dans l'état frais, d'un sourcil cartilagineux qui en augmente la profondeur.

L'autre face, interne, lisse et peu concave, s'étend du détroit supérieur au détroit inférieur; elle offre *un plan incliné de haut en bas, d'arrière en avant, et de dehors en dedans*, dont la situation et la direction doivent être méditées des accoucheurs.

L'extrémité supérieure, la plus large et la plus épaisse, se confond avec la base de l'ilium, tandis que l'extrémité inférieure forme une grosse éminence qui porte le nom de *tubérosité ischiatique*, et est surmontée d'une petite branche qui se réunit avec la branche descendante du pubis.

Le bord antérieur ou interne concourt à former le trou ovalaire ou sous-pubien, et le bord postérieur ou externe regarde l'échancrure sacro-ischiatique. Ce dernier offre vers son tiers inférieur une éminence saillante, triangulaire, oblique en arrière et en bas, qui porte le nom d'*épine ischiatique*.

3° Le pubis peut se diviser en deux branches, l'une supérieure ou sus-pubienne, et l'autre inférieure ou sous-pubienne : elles embrassent conjointement avec l'ischium le trou sous-pubien, ou ovalaire.

La branche sus-pubienne, presque triangulaire dans sa partie moyenne, s'aplatit en s'élargissant vers son extrémité antérieure, et s'épaissit au contraire du côté qui regarde l'ilium ; d'où il résulte que la face supérieure de cet os, légèrement sinueuse et concave, est plus large en arrière qu'en avant, tandis que la face externe et la face interne présentent une disposition contraire. Des trois angles qui réunissent ces surfaces, le supérieur et interne forme une arête vive et tranchante ; l'externe, plus arrondi, se termine en devant par une sorte de tubérosité ou d'épine plus ou moins saillante, et l'inférieur, presque semi-lunaire, présente vers son extrémité iliaque une espèce de gouttière ou de sinuosité qui se dirige obliquement d'arrière en avant, et de dedans en dehors.

La branche sous-pubienne descend obliquement en arrière et sur le côté ; aplatie sur ses deux faces et plus large à son origine qu'à sa pointe, elle n'a que sept à huit lignes de longueur. Par une sorte de torsion imprimée à ce prolongement osseux de l'intérieur du bassin au dehors, l'un de ses bords devient presque antérieur et l'autre postérieur ; celui-ci, mince et courbé, regarde le trou sous-pubien, et celui-là, plus épais et plus droit, fait partie de l'arcade de même nom.

Chaque pubis présente à l'extrémité interne de sa branche supérieure une surface ovalaire qui regarde une face pareille du côté opposé, avec laquelle elle s'articule.

§ II. — *De l'os sacrum.*

Le sacrum est un os impair, à deux faces, semblable à une pyramide triangulaire renversée, qui, par ses deux côtés, s'articule avec les os des îles, par sa base avec la colonne vertébrale, et par son sommet avec le coccix.

La face interne en est lisse et concave ; on y remarque quatre ou cinq lignes transversales qui de chaque côté aboutissent à autant d'ouvertures d'inégale largeur, dont quelques-unes, creusées très-obliquement dans l'épaisseur de l'os, s'allongent en forme de gouttière.

La face externe du sacrum est convexe et hérissée de tubercules qui répondent, soit aux apophyses épineuses, soit aux éminences obliques et transverses des vertèbres. Outre deux rangées de trous, on y voit encore deux autres ouvertures à peu près triangulaires, qui terminent le canal creusé dans toute la longueur de l'os.

Les deux côtés du sacrum présentent supérieurement chacun une face articulaire parfaitement semblable à celle de l'os ilium correspondant, mais coupée obliquement de haut en bas, de dehors en dedans, et d'avant en arrière ; d'où il résulte que cet os, plus large en devant et en haut qu'en arrière et en bas, s'enchâsse entre les os des îles comme un double coin.

La base du sacrum présente à sa partie moyenne une face articulaire, plus étendue transversalement que d'avant en arrière, qui se dirige obliquement en arrière et en bas, et s'articule avec la dernière vertèbre lombaire. Deux petites échancrures semblables à des gouttières en séparent le bord externe, vers ses extrémités, de deux petites masses osseuses, dont les facettes spinales sont également revêtues de cartilage.

Au sommet, ou à la pointe du sacrum, on remarque une facette cartilagineuse oblongue en travers, comme celle de la base, et inclinée en sens contraire.

§ III. — *Du coccix.*

Le coccix ressemble encore à une petite pyramide triangulaire, dont la face interne est légèrement concave, et dont la base répond à la pointe du sacrum.

Cet os est composé le plus souvent de trois petites pièces, dont la première s'articule par sa base avec le sacrum, et forme par sa pointe une petite arthrodie avec la base de la seconde. La troisième pièce n'a rien de remarquable dans sa forme ni dans son articulation.

§ IV. — *Des deux vertèbres lombaires.*

Ces deux vertèbres sont situées sur la base du sacrum, avec lequel l'inférieure s'articule. On y considère deux faces, l'une interne, convexe, arrondie, formée par le corps de ces deux os; l'autre externe ou spinale, hérissée d'aspérités comme la face correspondante du sacrum. Elles se dirigent un peu obliquement en arrière et en haut.

SECTION IV.

De l'union des os du bassin.

Les deux os des îles s'articulent entre eux ainsi qu'avec le sacrum, et ce dernier avec le coccix; de là trois sortes d'articulations, une antérieure, qu'on appelle *symphyse du pubis,* deux postérieures et supérieures, parfaitement semblables, qui ont reçu le nom de *symphyses sacro-iliaques,* et une inférieure et postérieure nommée *sacro-coccigienne.*

1°. La symphyse du pubis est ainsi appelée parce qu'elle résulte, dans la plus grande partie de son étendue, de la réunion des deux surfaces ovalaires que présentent en devant les pubis. Elle est affermie par une substance qui tient du cartilage et du ligament, et dont les fibres, la plupart transversales, vont d'un os pubis à l'autre. Ce n'est que dans le tiers moyen de sa longueur et dans le tiers postérieur de son épaisseur, que cette articulation présente une véritable arthrodie. En effet, la dissection découvre en cet endroit, sur chacun des os pubis, deux facettes cartilagineuses, polies et humectées, beaucoup plus longues que larges, et d'une figure un peu semi-lunaire; légèrement convexes d'un côté, ces facettes s'emboîtent dans celles du côté opposé, qui sont aussi légèrement concaves.

Cependant on conclurait mal à propos de cette disposition que les os pubis jouissent de quelque mobilité dans l'état naturel ; car la petite arthrodie postérieure, la seule qui pourrait permettre du mouvement, est environnée de la substance ligamento-cartilagineuse, qui s'interpose entre les deux os, et de laquelle dépend en grande partie la solidité de leur symphyse. Semblable à un coin, cette substance offre une base antérieure plus large à ses extrémités qu'à sa partie moyenne, et un tranchant qui s'amincit beaucoup vers l'intérieur du bassin où les os sont dans un contact presque immédiat. Quel mouvement pourrait-il donc exister dans cette articulation ?

Outre ce premier moyen d'union qui est très-puissant, la symphyse du pubis est encore fortifiée de tous côtés par les ligamens sous-pubien et pubien antérieur, par des aponévroses et des fibres tendineuses que lui fournissent les muscles voisins. Joint à cela, que le pilier interne de chaque anneau inguinal s'attache au pubis du côté opposé : d'où résultent deux tractions qui s'entre-croisent et tendent toujours à rapprocher les deux os, en resserrant leur union.

2°. Les symphyses sacro-iliaques sont bien différentes de la symphyse du pubis. Ici, point de substance ligamento-cartilagineuse, point de fibres transversales; partout, au contraire, de petites éminences et de petites cavités revêtues d'un cartilage blanchâtre, strié en plusieurs endroits, humecté de synovie, et plus mince sur les os des îles que sur le sacrum ; toutes ces facettes articulaires se reçoivent mutuellement, et forment ainsi deux véritables synchondroses, ou deux articulations par engrenure, qui, comme on le sent bien, ne peuvent permettre que des mouvemens très-bornés.

Mais on sera bien mieux convaincu de la fermeté des symphyses sacro-iliaques, si l'on examine les moyens d'union qui les fortifient de toutes parts. Antérieurement, un grand nombre de bandes ligamenteuses, d'autant plus épaisses qu'elles s'approchent davantage de l'échancrure ischiatique, passent transversalement du bord de l'empreinte articulaire de l'os des îles au bord de celle du sacrum; postérieurement, des ligamens non moins nombreux, mais plus forts et plus tendus, unissent les os des îles aux tubercules de la face spinale du sacrum ; tels sont les ligamens sacro-iliaques. A la partie supérieure, on remarque une production ligamenteuse connue sous le nom d'*ilio-lombaire* qui, du bord inférieur de l'apophyse transverse de la dernière vertèbre des lombes, descend en s'épanouissant au bord supérieur des facettes articulaires du sacrum et de l'ilium, et qui, de la pointe de cette même apophyse, se rend en s'élargissant un peu à l'angle interne de la crête iliaque. Quand on réfléchit sur les insertions de ces ligamens, on voit qu'ils produisent deux grands effets; non-seulement ils approchent et affermissent les os des îles contre le sacrum, mais ils empêchent encore ce dernier os de se précipiter entre les deux premiers. Enfin, la partie inférieure de chaque symphyse est fortifiée par deux grands ligamens qui naissent des inégalités de la

crête iliaque, de la face spinale du sacrum et du coccix; ce sont les ligamens sacro-ischiatiques postérieurs et antérieurs. Plus larges et plus minces en arrière qu'en avant, ils s'entre-croisent vers le milieu de l'échancrure ischiatique, et le plus court remonte vers l'épine de même nom, qu'il embrasse de toutes parts, tandis que le plus long descend vers la lèvre interne de la tubérosité ischiatique, où il s'insère en formant une espèce de gouttière falciforme.

D'après cette courte description, on voit que le sacrum enclavé entre les os des îles comme un double coin, ne peut s'élever ni s'abaisser, avancer ni reculer, à moins que quelque violence externe ne vienne détruire ou désorganiser les symphyses sacro-iliaques: disposition merveilleuse! vrai chef-d'œuvre de la nature, non moins digne d'admiration pour le physiologiste que pour l'accoucheur!

3°. Par rapport à l'union du sacrum avec le coccix, il nous suffit d'observer ici qu'elle jouit ordinairement de quelque mobilité pendant le temps de la vie où la femme est féconde : ce qui permet à cet appendice de céder plus ou moins à la pression qui le repousse en arrière durant l'accouchement.

Quelque nombreux et solides que soient les ligamens qui affermissent la symphyse du pubis et les symphyses sacro-iliaques, ils peuvent néanmoins se relâcher insensiblement pendant la grossesse, et céder à la pression continue de la matrice chargée du produit de la conception. De là ces diductions ou écartemens des os du bassin qui ont été long-temps un sujet de dispute, et qu'on ne peut plus contester aujourd'hui, parce qu'elles sont appuyées sur le témoignage des hommes de l'art les plus recommandables. Nous examinerons encore cette question plus tard.

SECTION V.

De l'union du bassin avec la colonne vertébrale et avec les membres abdominaux.

1°. L'empreinte transversalement oblongue que nous avons déjà fait remarquer à la base du sacrum s'unit à une semblable empreinte de la dernière vertèbre lombaire, et lie ainsi tout le bassin au reste du tronc. Cette union, comme celle des autres vertèbres, se fait au moyen d'un cartilage dont les fibres concentriques sont placées de champ sur les facettes articulaires, et est fortifiée par un grand nombre de ligamens qui l'entourent au dehors et dans le canal vertébral. Très-épaisse en devant et très-mince en arrière, cette substance intermédiaire rend plus obtuse la saillie qui doit nécessairement résulter de l'obliquité inverse des deux facettes articulées; et l'élasticité qui lui est propre la rend encore susceptible d'une certaine compression de laquelle dépend le mouvement presque insensible de l'articulation sacro-vertébrale. Quant à la flexion et à l'extension que le bassin entier exécute sur le tronc, il faut les attribuer au mouvement combiné de chaque vertèbre lombaire, et des dernières vertèbres dorsales. C'est encore ce mouvement combiné qui augmente la convexité de la colonne lombaire quand on

renverse le tronc en arrière, et qui la diminue quand on courbe le tronc en devant, ou que, couché sur le dos, on relève les fesses.

2°. L'union du bassin avec les membres abdominaux est une énarthrose ou articulation profonde. C'est la tête orbiculaire du fémur qui s'emboîte dans la cavité cotyloïde de l'os des îles, et y exécute des mouvemens en tous sens.

SECTION VI.

De la forme ou configuration du bassin.

Le bassin a une forme symétrique, mais irrégulière et très-complexe. Pour mieux l'étudier sous le rapport de l'art des accouchemens, on le divise en deux parties, l'une supérieure ou *grand bassin*, et l'autre inférieure ou *petit bassin*. Cette division et ces dénominations sont généralement adoptées, parce que le premier est beaucoup plus large que le second.

§ Ier. — *De la forme du grand bassin.*

Le grand bassin offre trois parois et trois échancrures.

1°. Des trois parois, deux sont latérales ou iliaques, l'une droite et l'autre gauche; elles s'inclinent en arrière, en haut et en dehors. La troisième est postérieure ou lombaire; elle s'incline en arrière et en haut, et tient le milieu entre les deux précédentes.

On remarque sur chacune des parois latérales deux faces, trois bords et trois angles, dont nous avons indiqué la situation, la direction et la forme, en décrivant la région iliaque des os des hanches.

La paroi postérieure ou lombaire, moins large que les parois latérales, présente aussi deux faces, l'une interne, l'autre externe. Elle est formée par les deux dernières vertèbres lombaires que nous avons déjà décrites.

2°. Des trois échancrures du grand bassin, l'une est antérieure, et les deux autres postérieures.

L'échancrure antérieure ou sus-pubienne s'étend de l'épine supérieure et antérieure d'un côté à celle du côté opposé. Elle est divisée par la symphyse du pubis, dans le lieu de sa plus grande profondeur, en deux portions latérales, égales et parfaitement semblables. Chacune de ces deux portions présente de dedans en dehors l'épine du pubis, la face supérieure et triangulaire du même os, l'éminence ilio-pectinée, et le bord antérieur de l'ilium.

Les deux échancrures postérieures ou ilio-lombaires ont la forme de deux angles mixtilignes et arrondis à leur sommet; elles sont comprises entre la paroi postérieure ou lombaire qui est droite, et la crête iliaque qui est courbe ou sinueuse en avant et en dehors.

§ II. — *De la forme du petit bassin.*

Le petit bassin est une sorte d'excavation ou de canal, dont la forme cylindroïde permet d'y distinguer deux ouvertures et quatre parois.

1°. Les deux ouvertures ont reçu des anatomistes le nom de *détroits,* parce que le contour en est moins large que l'excavation intermédiaire. L'un de ces détroits, *supérieur* ou *abdominal,* qu'on peut considérer comme l'entrée du petit bassin, forme précisément la ligne de démarcation qui sépare ce dernier d'avec le grand bassin. L'autre, *inférieur* ou *périnéal,* peut être considéré comme la sortie du petit bassin, et porte quelquefois simplement le nom de *passage.*

Le détroit supérieur est une sorte de ligne courbe, saillante, symétrique, irrégulière, plus élevée en arrière qu'en avant : cette dernière propriété est digne de remarque. Il commence au milieu de l'angle ou saillie sacro-vertébrale, d'où il descend obliquement sur le bord inférieur des fosses iliaques, et s'y arrondit un peu; enfin il redevient tranchant derrière le pubis, et se termine de chaque côté à la symphyse ou articulation de ses deux os. Certains accoucheurs en ont comparé le contour à un cercle, d'autres à une ellipse, quelques-uns à un triangle ou à un cœur de carte à jouer. Mais le géomètre n'y trouve qu'un rebord osseux d'une forme variée et d'une obliquité indéterminée. En effet la courbure n'en est pas la même dans tous les points; elle est plus grande en arrière et sur les côtés qu'en avant, et l'inclinaison en est différente suivant l'attitude de la femme. On y distingue six points, trois antérieurs et trois postérieurs qui, à raison de leur usage et de leur importance, méritent le nom de *points cardinaux* du détroit supérieur. Les trois points antérieurs correspondent l'un à la *symphyse du pubis,* et les deux autres aux *cavités cotyloïdes.* Les trois points postérieurs correspondent l'un à *la saillie sacro-vertébrale,* et les deux autres aux *symphyses sacro-iliaques.*

Le détroit inférieur, beaucoup plus irrégulier que le supérieur, présente trois échancrures, l'une antérieure, et les deux autres postérieures; elles sont séparées par trois éminences osseuses, dont l'une est postérieure et les deux autres latérales.

L'échancrure antérieure porte aussi le nom d'*arcade sous-pubienne,* parce qu'elle est au-dessous du pubis, et que le sommet en est cintré comme l'arc d'une voûte. Elle est formée par les branches réunies des pubis et des ischium, lesquelles s'écartent comme celles d'un compas ouvert, et se contournent légèrement en avant et en dehors; de telle sorte que leur bord interne est presque antérieur, et que leur face postérieure se dirige en dedans. La forme de cette arcade mérite quelque attention.

Les échancrures postérieures sont aussi appelées *sacro-ischiatiques,* parce qu'elles sont formées par le sacrum en arrière, et par l'ischium en avant.

Les trois éminences qui séparent ces trois échancrures sont le *coccix* en arrière, et les *deux tubérosités ischiatiques* sur les côtés : elles sont dans un plan horizontal quand la femme est assise, et dans un plan plus ou moins vertical quand elle est couchée à la renverse ou dans un état de station. La première se recourbe en dedans, et les deux autres se dirigent en arrière et en dehors. On

pourrait faire passer une circonférence de cercle par les trois points qui les terminent.

2°. Les quatre parois du petit bassin sont l'une antérieure ou pubienne, l'autre postérieure ou sacrée, et deux latérales ou ischiatiques.

La paroi antérieure est convexe et raboteuse en dehors, concave et lisse en dedans. Elle offre à sa partie moyenne la symphyse des os pubis, et sur les côtés les corps de ces mêmes os, les branches de l'arcade sous-pubienne, et les trous ovalaires ou sous-pubiens, dont le bord supérieur est traversé, vers son extrémité externe, d'une gouttière ou sinuosité dont nous avons parlé en décrivant le corps ou branche horizontale du pubis.

La paroi postérieure, formée par le sacrum, a la même forme, la même situation, et la même direction que cet os. Sa longueur s'étend dans sa partie moyenne depuis la base du sacrum jusqu'à l'extrémité du coccix, et sur les côtés jusqu'aux échancrures sacro-ischiatiques; plus large en haut qu'en bas, elle est bornée latéralement par les symphyses sacro-iliaques et par les échancrures ci-dessus.

Les deux parois latérales, formées par les ischium, ont aussi la même forme, la même situation et la même direction que ces os. Elles s'étendent en longueur depuis le détroit supérieur jusqu'aux tubérosités ischiatiques, et dans leur plus grande largeur depuis la symphyse sacro-iliaque de chaque côté, jusqu'à la partie postérieure et moyenne de la cavité cotyloïde correspondante. C'est à la face interne de ces deux parois qu'on observe les plans inclinés dont nous avons déjà parlé, et qui contribuent beaucoup au mécanisme de l'accouchement naturel.

SECTION VII.

Des dimensions du bassin.

Les dimensions du bassin sont une des choses les plus importantes à connaître, parce que c'est de leur rapport avec les dimensions du fœtus que dépendent la facilité ou la difficulté, la possibilité ou l'impossibilité de l'accouchement. Pour les mesurer avec plus de méthode et d'exactitude, nous supposerons une femme d'une taille ordinaire, et nous les considérerons successivement dans le grand et dans le petit bassin, dont nous avons déjà examiné la structure et la forme.

1°. On entend par dimensions du grand bassin, sa largeur, sa hauteur ou sa profondeur, et son épaisseur.

La première de ces dimensions, ou sa largeur, indique la distance qui sépare les deux parois latérales ou iliaques. Elle offre une étendue de huit à neuf pouces de l'épine supérieure et antérieure d'un côté à celle du côté opposé. L'intervalle qui existe entre les deux épines inférieures et antérieures a un pouce de moins, et celui qu'on observe entre les deux crêtes iliaques à leur partie moyenne donne un pouce de plus. La longueur du bord antérieur de chaque paroi latérale, ou de l'ilium, donne à peu près

la hauteur ou profondeur du grand bassin; elle est de trois ou quatre pouces. Son épaisseur s'estime par la longueur des crêtes iliaques, qui est de six ou sept pouces, selon qu'on la mesure directement de leur épine supérieure et antérieure à leur épine supérieure et postérieure, ou en suivant les contours sinueux de leurs extrémités. Enfin la profondeur des fosses iliaques n'est que de six à sept lignes.

2°. Pour apprécier les dimensions du petit bassin, il faut en mesurer les détroits et l'excavation.

Comme la largeur du détroit supérieur ou abdominal n'est point égale dans tous les sens, et comme la courbure n'en est point uniforme dans tous les points, les anatomistes et les accoucheurs y ont distingué quatre diamètres qui vont des trois points cardinaux antérieurs aux trois points cardinaux postérieurs et opposés. Le plus court de ces diamètres s'étend depuis le milieu de la saillie sacro-vertébrale jusqu'à la partie supérieure et interne de la symphyse pubienne; on lui donne, à cause de sa direction, le nom de diamètre *antéro-postérieur* ou *sacro-pubien*; la longueur en est généralement de quatre pouces; il divise le détroit supérieur en deux parties égales d'avant en arrière. Le plus long diamètre se dirige de la partie la plus excentrique d'un côté à celle du côté opposé, et coupe perpendiculairement ou à angles droits le diamètre antéro-postérieur; il est plus voisin du sacrum que du pubis, et divise par conséquent le détroit en deux parties inégales, l'une antérieure et l'autre postérieure. La longueur en est de cinq pouces, et surpasse d'un pouce celle du diamètre sacro-pubien. Chacun des deux autres diamètres s'étend de la cavité cotyloïde d'un côté à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé, et porte le nom de *diamètre oblique,* parce qu'il coupe obliquement les deux premiers; il est de quatre pouces et demi, ou tient le milieu entre le diamètre sacro-pubien et le transversal.

Le détroit supérieur, à cause de son inclinaison ou obliquité de haut en bas et d'arrière en avant, forme avec l'horizon un angle de cinq à six degrés quand la femme est assise; mais cet angle varie beaucoup dans les autres attitudes, telles que la station et la supination.

Puisque le détroit supérieur ou abdominal a des diamètres inégaux, il est clair qu'on ne saurait le considérer comme un cercle; ce serait encore une erreur de lui attribuer une forme elliptique, attendu que le diamètre sacro-pubien et le transversal ne se rencontrent point au centre, mais plus près du sacrum que du pubis. Enfin la forme triangulaire ne lui appartient pas plus que la précédente; c'est une vérité qui saute aux yeux.

Le détroit inférieur ou périnéal, qu'on peut aussi nommer la sortie du bassin, ou simplement le passage, est plus resserré que le supérieur. Le contour en est aussi plus irrégulier, à cause des échancrures et des éminences osseuses dont il est entrecoupé.

Les dimensions de ce détroit sont mesurées par quatre diamètres comme celles du premier. L'antéro-postérieur ou cocci-pubien,



ainsi appelé parce qu'il se dirige d'avant en arrière, depuis la sommité de l'arcade sous-pubienne jusqu'à l'extrémité du coccix, a ordinairement quatre pouces, et peut acquérir demi-pouce ou trois-quarts de pouce de plus à cause de la rétrocession du coccix; le transversal, qui s'étend d'une tubérosité ischiatique à l'autre, a un peu plus de quatre pouces; et les deux diamètres obliques qui de chaque tubérosité ischiatique aboutissent au milieu du ligament ischiatique opposé, selon quelques auteurs, et au coccix, selon d'autres, sont aussi de quatre pouces à peu près. Il résulte de là que le diamètre antéro-postérieur ou cocci-pubien du détroit périnéal est ou peut devenir le plus long : disposition contraire à celle que nous avons remarquée au détroit abdominal, où le diamètre antéro-postérieur ou sacro-pubien est le plus court.

L'excavation du petit bassin forme, comme nous l'avons déjà dit, une enceinte terminée par quatre parois, dont l'inclinaison respective est plus ou moins sensible. Les dimensions de chacune sont dans un rapport constant avec celles des autres. Ainsi la longueur de la paroi antérieure ou pubienne est le tiers de la paroi postérieure ou sacrée, et la moitié de chaque paroi latérale ou ischiatique. La longueur du pubis est en général de quinze, dix-huit ou vingt lignes; par conséquent celle du sacrum doit être de quatre pouces moins un quart, de quatre pouces et un tiers ou de cinq pouces, tandis que celle des ischium doit être de deux pouces et demi, de trois pouces ou de trois pouces et un tiers. Cet excès de longueur de la paroi postérieure du petit bassin sur la paroi antérieure mérite la plus grande attention.

Au niveau du détroit abdominal, l'épaisseur de la saillie sacro-vertébrale est de deux pouces et demi, et celle du pubis de cinq ou six lignes; l'épaisseur de chaque cavité cotyloïde, y compris la tête, le col et le grand trochanter du fémur, est de trois pouces moins un quart, et celle de chaque symphyse sacro-iliaque de quinze à seize lignes.

La largeur de l'excavation est proportionnée à la courbure du sacrum : elle a quatre pouces et demi ou cinq pouces, du milieu de la symphyse pubienne à la jonction de la seconde pièce du sacrum avec la troisième, en comptant de haut en bas. Le fond du bassin, mesuré d'avant en arrière, est donc plus large que ses détroits, ce qui est encore bien digne de remarque.

Les dimensions de l'arcade sous-pubienne ne sont pas moins importantes à connaître que celles du reste du bassin. Arrondie dans sa partie supérieure, elle n'offre que quinze ou vingt lignes de largeur, tandis que l'écartement de ses branches est de trois pouces et demi, même de quatre pouces lorsqu'elles sont parvenues au détroit inférieur. La hauteur perpendiculaire n'en est que de deux pouces environ.

SECTION VIII.

Des axes du bassin.

Le bassin, à ne le considérer que dans sa forme, n'est point une cavité parfaitement cylindrique, mais une espèce de canal plus

évasé à sa partie moyenne qu'à ses extrémités, et plus élevée en arrière qu'en devant; par conséquent le détroit supérieur et le détroit inférieur ne sont point parallèles et ont nécessairement une inclinaison différente; donc leurs centres ne peuvent se trouver dans la même ligne droite que celui de l'excavation. Cette première conséquence conduit à une autre non moins certaine, savoir, que chaque détroit du bassin doit avoir son axe particulier.

Cela posé, l'axe du détroit supérieur est une ligne imaginaire qui, passant par le centre de ce détroit, se termine d'une part vers le nombril de la femme, et de l'autre vers le coccix, au lieu que l'axe du détroit inférieur est une autre ligne imaginaire qui, de la saillie sacro-vertébrale, se dirige vers le centre de ce détroit ou de la vulve.

Il suit de là que ces deux axes ne peuvent se confondre avec l'axe du corps, qui, du sommet de la tête, tombe perpendiculairement entre les deux pieds : car les deux premiers concourent vers le milieu de l'excavation pelvienne, et forment un angle très-obtus en avant; d'où il résulte que celui du détroit supérieur est oblique d'avant en arrière, et celui du détroit inférieur, en sens contraire, ou de derrière en devant.

Nous ne prétendons point assigner ici la position des axes du bassin d'une manière tout-à-fait rigoureuse; il suffit pour la pratique de la connaître par approximation, parce que la nature est loin de s'assujétir à la précision du calcul.

De célèbres accoucheurs, tels que Deventer, Smellie, Levret et Rœderer, ont eu recours à la géométrie pour déterminer l'axe et l'inclinaison du bassin; mais leurs procédés n'ont été d'aucun avantage pour la pratique, ni même pour la théorie, puisqu'ils ont obtenu des résultats différens; et cela devait nécessairement arriver ainsi, parce que les uns n'ont déterminé que l'axe du détroit supérieur, et les autres celui du détroit inférieur. D'ailleurs, la direction du bassin, de laquelle dépend l'inclinaison de ses détroits, et par conséquent celle de leurs axes respectifs, varie non-seulement dans chaque individu, mais encore dans chaque attitude du corps.

En effet, qu'on suppose une femme d'une taille médiocre ou démesurée; qu'elle soit assise, debout, ou couchée à la renverse, il est certain que, dans tous ces cas, chaque partie du bassin, chaque détroit, chaque axe, sera diversement incliné par rapport à l'horizon; c'est ce qu'on peut vérifier sur le premier bassin qu'on aura entre les mains. D'ailleurs la capacité de ce canal n'est pas la même dans les différens individus; il est plus spacieux et moins profond chez la femme d'une taille moyenne que chez les autres; ce qui doit encore influer sur l'inclinaison des deux axes.

Quoi qu'il en soit, la connaissance de ces lignes imaginaires est de la plus grande utilité pour l'art des accouchemens, et l'on ne saurait trop recommander aux élèves de se la rendre familière; car, si elles indiquent la marche que suit le fœtus, soit pour passer du grand dans le petit bassin, soit pour sortir de l'excavation en traversant le détroit inférieur, elles tracent aussi la direction qu'on

doit donner à la main ou aux instrumens, quand il est nécessaire de terminer un accouchement non naturel. S'agit-il de pénétrer seulement dans l'excavation du petit bassin, il suffit de suivre la direction d'une ligne qui, du centre du détroit inférieur, conduit à la saillie sacro-vertébrale. Mais s'il faut avancer jusque dans la matrice, qui, le plus ordinairement, occupe le grand bassin, il faut nécessairement quitter la première direction pour en prendre une autre, qui, du centre du détroit supérieur, aboutirait au nombril de la femme.

SECTION IX.

Des vices de conformation du bassin.

Tout état du bassin qui rend la grossesse pénible et l'accouchement difficile, impossible, ou seulement dangereux, doit être regardé comme un vice opposé à la bonne conformation de ce canal.

La nature, qui tend toujours à la perfection, ne manquerait jamais son but, en formant le système osseux de la femme, si elle n'était troublée ou dérangée par quelque cause étrangère; les vices de conformation du bassin, loin d'être naturels, doivent donc être toujours attribués à quelque accident.

Mais à quelle époque de la vie le bassin de la femme s'écarte-t-il de cette forme régulière que la nature lui avait imprimée, pour en prendre d'autres plus ou moins bizarres? c'est le plus ordinairement dans l'enfance; car à cet âge les os du bassin étant très-gélatineux, manquent de force pour résister à l'impression des causes étrangères, et leurs symphyses n'ayant pas encore acquis toute leur fermeté, cèdent plus facilement; joint à cela que c'est chez les enfans qu'on observe le plus souvent le rachitis, genre de maladie dont l'effet est d'absorber ou de détourner le phosphate calcaire auquel les os doivent leur solidité.

Cette double disposition une fois admise, on expliquera facilement tous les vices ou altérations qui rendent le bassin plus ou moins difforme, plus ou moins impropre à seconder le vœu de la nature dans l'accouchement.

En effet, personne n'ignore que des parens peu soigneux de l'éducation physique de leurs enfans, et esclaves d'une ancienne mais funeste habitude, les emprisonnent dans des langes trop étroits, aussitôt qu'ils ont vu le jour; non contentes de ce premier genre de torture, il est des mères qui enfoncent les tendres fruits de leur amour dans des berceaux où ils étouffent sous le poids des couvertures, et sous la pression des liens qui les captivent. Les retire-t-on de ces espèces de prisons, ou pour mieux dire de ces tombeaux, c'est pour les confier à une nourrice mercenaire, ou à une gouvernante inattentive, qui, au lieu de les étendre horizontalement sur les bras, pour favoriser le développement de leurs organes, les relève contre sa poitrine, et les embrasse d'une main qui comprime plus ou moins fortement leur frêle bassin. Quelquefois les enfans restent trop long-temps assis ou couchés sur le dos; enfin, par une anticipation des plus meurtrières et des plus condamnables, on

s'empresse de les mettre à la lisière, et l'on essaie de faire marcher ces êtres encore faibles et souvent malades, avant que leurs jambes aient acquis la solidité nécessaire pour soutenir le poids du corps. Qu'arrive-t-il? le bassin devenu le centre d'action et de réaction entre la colonne vertébrale et les membres abdominaux, cède à l'effort des puissances qui le compriment, et se contourne de mille manières; de là ces défectuosités et ces vices qui altèrent la forme et les dimensions de ce canal. Tantôt les crêtes iliaques, trop écartées ou trop rapprochées, augmentent ou diminuent l'enceinte du grand bassin; tantôt l'une des hanches s'élève au-dessus de l'autre, ou se porte plus en arrière. On a vu des femmes chez lesquelles les os des îles étaient inégalement inclinés à droite et à gauche, sorte de difformité qui tenait à la distorsion de la colonne vertébrale.

Que d'altérations et d'irrégularités n'observe-t-on pas aussi dans le petit bassin! Là, c'est la base du sacrum qui se jette en dedans, et la symphyse du pubis qui fait une saillie plus ou moins aiguë, tandis que les cavités cotyloïdes repoussées en arrière, se rapprochent des symphyses sacro-iliaques, et donnent au détroit abdominal la forme d'un as de cœur; de là plus de largeur dans le sens du diamètre sacro-pubien, mais aussi plus de rétrécissement dans le sens des diamètres obliques. Ici, c'est la symphyse du pubis qui, au lieu de présenter un cintre légèrement arrondi, s'écrase et s'aplatit pour se rapprocher de l'angle sacro-vertébral : de là résulte un détroit supérieur qui ressemble presque à un huit de chiffre, et dont le diamètre sacro-pubien est plus ou moins défectueux; on cite des bassins, à la vérité fort peu nombreux, où il ne présentait que dix et même six lignes d'étendue. Ailleurs, l'un des fémurs supportant trop habituellement tout le poids du corps, enfonce la cavité cotyloïde à laquelle il sert de point d'appui, et raccourcit ainsi l'un des diamètres obliques, en laissant aux autres dimensions leur état d'intégrité.

Mêmes désordres et mêmes vices de conformation au détroit périnéal ou inférieur; quelquefois le coccix, plus recourbé qu'à l'ordinaire, s'approche du pubis, et abrége le diamètre coccipubien; d'autres fois la soudure prématurée de cet appendice avec le sacrum, ou l'ossification de ses ligamens latéraux, en arrête la mobilité avant que la femme ait cessé d'être féconde. Le plus souvent ce sont les deux tubérosités ischiatiques qui, par un rapprochement excessif, diminuent la longueur du diamètre transversal; enfin, on a vu l'une de ces éminences osseuses, plus élevée que l'autre, donner au détroit périnéal une obliquité ou inclinaison latérale qui ne lui était pas naturelle.

Ferons-nous l'énumération des vices qui altèrent l'excavation du bassin? mais on doit les rapporter, au moins en grande partie, à la défectuosité des deux détroits qui la terminent. Car le sacrum est-il trop aplati, comme on l'a observé quelquefois, l'excavation perd de sa capacité, tandis que les deux détroits gagnent en largeur d'avant en arrière. Au contraire, cet os a-t-il trop de courbure, l'excavation s'évase, et les deux détroits se rétrécissent dans

le même sens. Pareillement, la hauteur de la symphyse du pubis ne peut augmenter ou diminuer, sans abaisser ou élever l'arcade sous-pubienne, et sans raccourcir ou allonger le diamètre cocci-pubien du détroit périnéal. Enfin, tout changement dans la forme, l'obliquité ou l'étendue des os ischium, doit changer les dimensions de l'excavation et des détroits. Mais nous sommes éloignés de croire, avec un des plus célèbres accoucheurs, que les épines ischiatiques puissent jamais prendre une direction assez vicieuse pour s'opposer à l'accouchement, en s'implantant dans les fontanelles ou dans les sutures de la tête du fœtus.

Une chose bien digne de remarque, et qui a été généralement observée, c'est que la mauvaise conformation du bassin, loin d'être la même dans ses deux détroits, y suit au contraire un ordre réciproque. Ainsi, il est très-rare que le détroit supérieur péche par excès d'évasement ou d'étroitesse en même temps que l'inférieur; au lieu qu'il est très-ordinaire d'observer dans l'un des altérations opposées à celles de l'autre. Le détroit abdominal est plus souvent rétréci que le périnéal, et le diamètre sacro-pubien du premier est plus ordinairement raccourci que son diamètre transversal : sorte de défectuosité opposée à celle du détroit inférieur, où le diamètre transversal est fréquemment plus court que le diamètre cocci-pubien.

ARTICLE II.

Du bassin considéré sur la femme vivante.

Un des points les plus essentiels en pratique, est d'apprécier exactement la forme et les dimensions du bassin, soit pendant le cours de la grossesse, soit pendant le travail de l'accouchement. Il ne suffit donc pas d'étudier cette espèce de canal sur le squelette, ou dans l'état sec, il faut encore le considérer tel qu'il est sur la femme vivante, c'est-à-dire par rapport à ses enveloppes charnues et aux viscères abdominaux dont il est en partie le soutien.

Or, toutes les parties molles dont la connaissance se lie d'une manière plus ou moins immédiate à celle du bassin, peuvent se réduire à des muscles, à des viscères, à des membranes, à des vaisseaux, à des nerfs et à des tégumens.

1°. Les muscles qui ont rapport au bassin le recouvrent à l'extérieur, ou en tapissent la cavité. Parmi les premiers, les uns, après s'être attachés au bassin, vont se terminer à la poitrine ou à l'abdomen, et peuvent être désignés sous le nom de pelvi-pectoraux ou pelvi-abdominaux; les autres s'insèrent au bassin et aux membres abdominaux; ce qui nous permet de leur donner aussi le nom de muscles pelvi-fémoraux ou pelvi-cruraux, selon qu'ils se terminent à la cuisse ou à la jambe.

Il y a plusieurs muscles pelvi-abdominaux, savoir : le pyramidal, ou pubio-sous-ombilical, l'oblique externe ou ilio-costo-abdominal, l'oblique interne ou ilio-lumbo-abdominal, et le transverse ou lumbo-ilio-abdominal.

Les muscles pelvi-pectoraux sont le droit du bas-ventre, ou

sterno-pubien ; le grand dorsal, ou sacro-lumbo-huméral ; le long du dos, ou sacro-spinal, et le carré des lombes, ou ilio-costal.

Les plans des deux muscles obliques et du transverse, appliqués les uns sur les autres, occupent les parties latérales de l'abdomen, où leurs fibres suivent différentes directions ; ils se terminent en devant par des aponévroses, dont la réunion et l'entre-croisement forment la ligne blanche. Cette espèce de bande, étendue entre le sternum et la symphyse du pubis, forme supérieurement une sorte de gaîne qui loge à peu près les deux tiers des muscles droits, et se divise vers l'anneau ombilical en deux portions d'égale longueur, dont la supérieure est plus large que l'inférieure.

L'aponévrose du muscle oblique externe forme aussi, par son bord inférieur, le ligament ilio-pubien ou l'arcade crurale, sous laquelle passent les vaisseaux et les nerfs qui se rendent à la cuisse, et au-dessus duquel on aperçoit l'anneau inguinal, par où passe le cordon des vaisseaux spermatiques chez l'homme, et le ligament rond de la matrice chez la femme.

Les muscles pelvi-fémoraux sont : le fascia-lata, ou ilio-aponévrotique de la cuisse ; le grand fessier, ou sacro-fémoral ; le moyen fessier, ou grand ilio-trochantérien, et le petit fessier, ou petit ilio-trochantérien ; le pyramidal de la cuisse, ou sacro-trochantérien ; les jumeaux, ou ischio-trochantériens ; le carré de la cuisse, ou ischio-sous-trochantérien, l'obturateur externe, ou sous-pubio-trochantérien externe ; le premier adducteur de la cuisse, ou pubio-fémoral ; le pectiné, ou sus-pubio-fémoral ; le second adducteur, ou sous-pubio-fémoral ; enfin, le troisième adducteur, ou ischio-fémoral.

Les muscles pelvi-cruraux sont le grêle interne, ou sous-pubio-prétibial ; le couturier, ou ilio-prétibial ; le grêle antérieur, ou ilio-rotulien ; le biceps de la cuisse, ou ischio-fémoro-péronnier ; le demi-membraneux, ou ischio-popliti-prétibial, et le demi-nerveux, ou ischio-prétibial.

Les muscles qui répondent à la cavité du bassin sont l'obturateur interne, ou sous-pubio-trochantérien interne ; le grand psoas, ou prélombo-trochantinien ; le petit psoas, ou prélombo-sus-pubien, et l'iliaque interne, ou iliaco-trochantinien. Enfin, on remarque à la région sous-pelvienne le releveur de l'anus, ou sous-pubio-coccigien ; l'ischio-coccigien, le transverse du périnée, ou ischio-périnéal ; le sphincter de l'anus, ou coccigio-anal ; l'érecteur du clitoris, ou ischio-sous-clitorien, et le constricteur du vagin, ou périnéo-clitorien.

Si l'on réfléchit maintenant sur les attaches et sur la direction des muscles qui ont rapport au bassin, on verra qu'ils ne peuvent se contracter en même temps, soit en haut et en bas, soit en arrière et en devant, soit sur les côtés, sans produire une espèce d'équilibre d'où résulte l'immobilité du bassin.

2°. Pour donner une idée des viscères abdominaux, nous en ferons seulement l'énumération, en parcourant les différentes régions de l'enceinte où ils sont renfermés.

La région épigastrique est occupée par l'estomac, le foie, la rate, le duodénum et le pancréas. La région ombilicale renferme la plus grande portion de l'intestin grêle, le colon, presque tout l'épiploon et les reins avec leurs dépendances. Dans la région hypogastrique, sont situés le cœcum, une portion de l'iléum et du colon, quelques-unes des parties génitales et urinaires, telles que la matrice avec ses annexes qui répond à peu près au milieu du bassin, et la vessie avec le canal de l'urètre, derrière et un peu au-dessus de la symphyse du pubis. Quant au rectum qui termine le gros intestin, il est situé sur le côté gauche de la saillie sacro-vertébrale, ce qui mérite d'être remarqué.

3°. Les vaisseaux sanguins qui arrosent le bassin sont des artères et des veines. Les premiers naissent de l'aorte, et les derniers de la veine cave abdominale.

Parvenue sur le corps de la quatrième vertèbre lombaire, l'aorte se bifurque et fournit deux gros troncs qu'on nomme pelvi-cruraux. Mais à quelque distance, chacun de ces troncs se partage en deux branches distinctes par leur direction, savoir, la crurale qui va se distribuer au membre abdominal, et la pelvienne qui fournit ordinairement les sept branches suivantes : l'iliaco-musculaire, les sacrées latérales, la sous-pubio-fémorale, l'ombilicale qui envoie quelques rameaux à la vessie, à l'utérus et au vagin, la fessière, la fémoro-poplitée et la sous-pelvienne qui naît souvent de la précédente, et fournit des rameaux à la vessie, au rectum, à la matrice, au vagin, au périnée et au clitoris.

Les veines se distinguent par les mêmes noms et suivent une direction inverse depuis leurs dernières ramifications jusqu'à la veine cave abdominale, où elles se terminent.

Outre les vaisseaux sanguins, le bassin en reçoit encore un nombre prodigieux de lymphatiques que l'injection rend manifestes, et qui se rendent aux ganglions hypogastriques, sacrés et iliaques extérieurs.

4°. Les nerfs du bassin tirent leur origine des paires lombaires et sacrées. Les lombaires envoient leurs branches postérieures aux lombes, au sacrum et aux fesses. La branche antérieure de la première paire fournit deux rameaux, l'un sus-pubien et l'autre inguinal, tandis que les branches antérieures des quatre dernières paires concourent à former la portion supérieure ou lombaire du plexus crural, laquelle fournit quatre nerfs, savoir, le cutané externe de la cuisse, les inguinaux, le fémoro-prétibial et le sous-pubio fémoral.

Nous rappellerons, comme en passant, que ces nerfs se trouvent derrière et dans l'épaisseur des muscles psoas, et que les deux derniers se rendent à la cuisse, l'un en passant sous l'arcade crurale, ou ligament ilio-pubien, et l'autre par la sinuosité que nous avons fait remarquer à la partie postérieure et supérieure du trou sous-pubien.

Les paires sacrées, au nombre de cinq, envoient leurs branches postérieures aux tégumens par les trous de la face spinale du sacrum; et les branches antérieures des quatre premières paires se

réunissent pour former la portion inférieure ou sacrée du plexus crural, en sortant des espèces de gouttières creusées à la face abdominale du même os. De ce plexus sortent six autres nerfs, l'ischio-clitorien, le cutané sous-pelvien, les fessiers, les ischio-trochantériens, le cutané postérieur de la cuisse, et le fémoro-poplité, qui se distribue à la face postérieure du membre abdominal, et jusque sous la plante du pied. La cinquième paire sacrée se ramifie aux parties circonvoisines du coccix.

Enfin, les nerfs trisplanchniques se terminent à l'extrémité du sacrum, et lient ainsi le bassin et les organes qui y sont contenus avec toute l'économie animale.

5°. Les membranes pelviennes sont ou séreuses ou muqueuses : les premières ne sont que des productions du péritoine qui tapisse la cavité abdominale, et les secondes revêtent l'intérieur des organes génito-urinaires.

En décrivant les os du bassin et leurs symphyses, nous avons eu occasion de parler des ligamens qui contribuent à leur solidité.

6°. Nous terminerons par l'enveloppe commune des parties dures et des parties molles qui composent le bassin; elle est formée par un tissu cellulaire plus ou moins abondant, selon l'embonpoint de la femme, et plus ou moins épais, selon les régions qu'il occupe. La peau qui le recouvre présente deux ouvertures, l'anus et la vulve, et trois plis ou sillons : savoir, le pli de l'aine, le pli de la fesse et celui de la cuisse, qui s'effacent et se creusent par la flexion ou l'extension, par le rapprochement ou l'écartement des membres abdominaux.

ARTICLE III.

Des modifications du bassin, à cause des parties molles dont il est recouvert.

Ces modifications s'observent dans le grand et le petit bassin.

1°. Le grand bassin, dans l'état frais ou naturel, n'offre plus ni échancrures ni parois distinctes. Les premières sont fermées, et les secondes réunies en une enceinte unique, continue, qui complète en bas celle de l'abdomen. Les fosses iliaques en sont moins profondes, et les gouttières lombaires plus superficielles.

La surface externe n'en est plus hérissée de saillies ou d'éminences comme sur le squelette. Ce ne sont de toutes parts que des contours ou reliefs unis, moelleux et arrondis, qui se lient à l'extrémité inférieure du tronc.

2°. Les parties molles n'influent pas moins sur le petit bassin, dont elles modifient la forme et la capacité. D'abord les muscles psoas ou prélombo-trochantiniens descendent le long du détroit supérieur, et en diminuent la largeur de chaque côté; de sorte que son diamètre transversal, le plus long sur le squelette, est un peu plus court que les autres sur la femme vivante. Quant aux diamètres obliques, ils perdent aussi quelque chose vers leur extrémité postérieure, à cause de ces mêmes muscles; mais ils restent encore les plus longs, pourvu que le bassin ne soit pas mal conformé.

En second lieu, le détroit inférieur, naturellement plus étroit que le supérieur, est encore plus rétréçi par les muscles qui le traversent, par le tissu cellulaire qui en borde le contour, et par les extrémités des conduits excréteurs qui s'y rendent. L'arcade sous-pubienne, les échancrures sacro-ischiatiques, le coccix et les tubérosités de l'ischium, ne paraissent plus. On n'y aperçoit que l'anus en arrière, la vulve en avant, et au milieu le périnée, espace charnu qui sépare ces deux ouvertures.

D'après ces dispositions, il est évident que les diamètres de ce détroit doivent être nécessairement raccourcis; mais l'antéro-postérieur ou cocci-pubien reste le plus long ou le plus susceptible d'allongement, à moins que la femme ne soit trop âgée, et que le coccix, à cause de la roideur de ses ligamens, n'ait perdu toute sa mobilité.

Enfin, l'excavation pelvienne perd aussi plus ou moins de sa capacité, suivant l'épaisseur des parties molles qui en tapissent la surface intérieure. La paroi postérieure ou sacrée en est moins profonde et plus allongée. Elle présente une courbure qui s'étend depuis la saillie sacro-vertébrale jusqu'au bord antérieur du périnée, ou à la commissure postérieure de la vulve. Les plans inclinés latéraux ou ischiatiques sont plus rapprochés, et un peu plus allongés. Il n'y a que la paroi antérieure ou pubienne qui conserve à peu près sa longueur, quoiqu'elle augmente en épaisseur comme les autres.

Toutes ces modifications sont très-importantes à connaître, soit pour apprécier plus exactement les dimensions du bassin chez la femme vivante, soit pour se rendre compte des obstacles plus ou moins difficiles, quelquefois impossibles à surmonter, qui peuvent compliquer le travail de l'accouchement.

ARTICLE IV.

Des pelvimètres ou instrumens propres à mesurer les dimensions du bassin.

Ce n'est point une chose très-rare qu'on soit obligé, dans la pratique, de mesurer le bassin, pour en constater la bonne ou mauvaise conformation. Tantôt c'est une jeune vierge qui, pour calmer les sollicitudes d'une tendre mère, demande aux gens de l'art si elle peut s'engager avec sûreté dans les liens du mariage; tantôt c'est une épouse qui, déjà enceinte et sur le point d'être mère, doute encore si elle pourra mettre au jour le fruit qu'elle porte dans son sein; enfin il peut arriver qu'une femme en travail s'épuise en vains efforts, et que l'accoucheur soit obligé de lui prêter une main secourable. N'est-il pas nécessaire, dans tous ces différens cas, et surtout dans le dernier, de calculer les dimensions de la filière que le fœtus doit traverser en venant au monde, soit pour apprécier les obstacles qui pourraient s'opposer à l'accouchement, soit pour déterminer le moyen de suppléer à la nature impuissante?

Le plus souvent, les femmes encore libres ou mariées qui se sou-

mettent à l'application du pelvimètre ont été plus ou moins maltraitées dans l'enfance par le rachitis, ou bien il leur est arrivé ensuite quelque accident qui, en retardant ou en suspendant leur accroissement, a influé sur leur organisation physique. De là des traits de lumière qui, à la vérité, peuvent éclairer les gens de l'art, et leur dicter quelquefois d'avance le jugement qu'ils doivent porter, mais qui ne les dispensent pas de faire des recherches ultérieures. En effet, on serait exposé à commettre les plus grandes et les plus funestes erreurs si, par trop de précipitation, on s'avisait de prononcer que le bassin est défectueux chez toutes les femmes qui ont été nouées dans leur bas âge, ou dont le système osseux a souffert des altérations à une époque de la vie plus avancée. L'expérience et l'observation n'ont-elles pas attesté nombre de fois que cette espèce de canal pouvait conserver sa forme et ses dimensions naturelles au milieu des désordres qui bouleversaient la charpente osseuse? Nous en avons vu un exemple à l'hospice de l'École, sur une femme âgée de quarante ans, qui venait y chercher du soulagement pour quelque affection chronique. Cette infortunée, outre la plus bizarre contorsion des membres et l'inflexion de la colonne vertébrale, avait la poitrine enfoncée et le dos surmonté d'une saillie considérable; marques ineffaçables et manifestes d'une maladie qu'elle disait avoir essuyée à l'âge de dix-huit ans. Le professeur Antoine Dubois lui ayant demandé si elle était mariée, elle répondit affirmativement, et ajouta qu'elle était mère de six enfans, dont elle était accouchée sans la moindre difficulté. Il est donc très-probable que son bassin n'avait souffert aucun dommage dans sa forme ni dans ses proportions. Une autre femme, non moins bizarrement contrefaite que la précédente, devint enceinte, il y a vingt ans, à la suite d'un commerce qu'elle eut avec un grenadier : sa difformité était telle, que, vers la fin de la grossesse, la hanche, d'un côté, remontait vers l'aisselle correspondante, à cause de l'inflexion de la colonne vertébrale et de l'inclinaison du bassin. Elle accoucha cependant neuf mois après, dans notre amphithéâtre, d'un enfant vivant et assez volumineux, au grand étonnement des élèves, et surtout de quelques accoucheurs qui l'avaient condamnée au couteau césarien. Nous ferons observer que cette femme n'avait perdu sa bonne conformation qu'à l'âge de douze ans, époque où les os du bassin eurent vraisemblablement assez de solidité pour résister aux atteintes du mal qui avait fléchi l'épine et tordu les membres. Cette même femme accoucha encore très-naturellement au mois d'octobre 1813, en présence du docteur Barbette, notre prévôt, et de quelques élèves sage-femmes; mais elle succomba, environ deux mois après, à une hydropisie générale : et l'ouverture du cadavre nous fit voir que le bassin, quoique vicié dans sa forme, conservait néanmoins assez de largeur pour livrer passage à un fœtus de volume ordinaire.

Ces deux exemples qui nous sont propres, et nombre d'autres qu'on trouve dans les auteurs, prouvent donc que le rachitis peut respecter les os du bassin chez les individus qui sont sortis de la première enfance.

Si, d'un autre côté, on considère que des femmes, par un insigne mais rare bienfait de la nature, sont accouchées heureusement, et sans de grandes difficultés, quoique leur bassin n'eût ni la forme ni les dimensions ordinaires; si l'on considère encore que l'étroitesse du détroit supérieur peut aller jusqu'à deux pouces et demi, dans le sens du diamètre sacro-pubien, sans ôter aux femmes la faculté naturelle d'être mères, avec quelle méfiance ne prononcera-t-on pas sur la bonne ou mauvaise conformation du bassin? Le ministère de l'accoucheur, il faut en convenir, a quelque chose de bien délicat, nous dirons même de terrible, quand il s'agit de procéder à l'examen de ce canal; et l'on ne peut se dissimuler qu'on marche alors, pour ainsi dire, entre deux écueils; car, si par malheur on porte un jugement faux, la femme bien conformée est condamnée à une stérilité perpétuelle, et celle qui est contrefaite achète les plaisirs de l'hymen et les douceurs de la maternité par les plus cruelles souffrances, par le sacrifice même de la vie. Alternative épouvantable! qui prouve certainement combien il faut apporter de soins et de lumières dans la considération du bassin.

En général, on peut présumer qu'il est bien conformé lorsque les hanches, médiocrement arrondies, et égales tant en hauteur qu'en largeur, présentent un écartement de huit à neuf pouces entre les épines supérieures et antérieures; lorsqu'il y a sept à huit pouces d'épaisseur entre le mont de Vénus et la pointe du tubercule épineux de la dernière vertèbre lombaire; lorsque le pubis n'est ni trop aplati ni trop convexe, et que le sacrum est légèrement déprimé à sa partie supérieure et postérieure; enfin lorsque le centre de cette dépression n'est éloigné de l'extrémité du coccix que de quatre ou cinq pouces. Au contraire, l'irrégularité de ces formes extérieures fait toujours soupçonner la mauvaise conformation du bassin : ainsi les hanches sont-elles inégalement arrondies et élevées, trop rapprochées ou trop écartées, plus larges et plus avancées, ou plus reculées l'une que l'autre, c'est un signe que le grand bassin est défecteux. De même le pubis trop aplati, et la chute des reins plus profonde qu'à l'ordinaire, annoncent que le détroit supérieur est resserré d'avant en arrière, tandis que la forme obtuse du mont de Vénus, jointe à la dépression de l'une des aines, n'annonce l'étroitesse que d'un seul côté. Lorsque le sacrum est trop saillant ou trop convexe en arrière, le petit bassin est trop évasé, et ses détroits sont resserrés. Enfin la pointe du coccix est-elle trop recourbée en dedans ou trop déjetée en dehors, c'est une preuve que le détroit périnéal est trop resserré ou trop large dans le sens de son diamètre cocci-pubien.

Mais tous ces signes extérieurs, quel que soit leur degré d'utilité, ne sauraient suffire pour faire apprécier exactement la difformité du bassin; et l'application des mains, que quelques praticiens conseillent, n'offrirait elle-même que des notions générales et incertaines sur un point aussi essentiel; il est donc nécessaire d'avoir recours à d'autres moyens qui, en procurant une connaissance sinon précise, du moins approximative des principaux diamètres

du bassin, puissent mettre l'accoucheur à l'abri de toute erreur préjudiciable. On se sert pour cela de plusieurs instrumens, dont les uns s'appliquent à l'extérieur du bassin, et les autres se développent en dedans.

Parmi les premiers, le compas d'épaisseur est celui qu'on préfère, non-seulement parce qu'il ne cause point de douleur, mais encore parce que l'application en est facile et commode dans tous les temps et sur toutes les femmes. C'est un instrument composé de deux branches courbées à leur partie antérieure, et fixées postérieurement au moyen d'une charnière qui permet à leurs extrémités lenticulaires de s'approcher ou de s'éloigner suivant les cas. La portion droite de l'une de ces branches est creusée en forme de gouttière, et loge une échelle graduée qui n'en sort que pour traverser une mortaise pratiquée à l'autre branche, où elle est fixée par une vis à tête plate. Cette échelle sert à calculer l'épaisseur du corps qui a été saisi par les branches du compas.

Pour faire usage de cet instrument, après en avoir placé les extrémités lenticulaires sur les points extérieurs du bassin dont on veut mesurer la distance, on serre la vis à tête plate, et le nombre des points marqués sur l'échelle jusqu'à la mortaise équivaut à celui des pouces compris entre les branches du compas. Si de cette évaluation on déduit ensuite l'épaisseur des parois correspondantes du bassin, le reste donne l'étendue de la dimension intérieure qu'on cherche. Par exemple, si de l'épaisseur du bassin comprise entre la symphyse du pubis et le centre de la dépression lombaire, on déduit trois pouces, tant pour la base du sacrum que pour le pubis, on obtient pour résultat le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur ou abdominal. Si, après cette soustraction, qui est presque toujours constante et invariable, au moins à une ligne près, il reste de trois pouces et demi à quatre pouces, c'est une preuve que le détroit supérieur jouit d'une bonne conformation. Dans le cas contraire, cette ouverture est d'autant plus défectueuse que la soustraction donne de plus petits restes.

On ne peut donc contester les précieux avantages de cet instrument, et on pourrait absolument se dispenser de tout autre, s'il suffisait d'examiner simplement le dehors du bassin pour en vérifier la bonne ou mauvaise conformation. Mais, comme l'intérieur de ce canal est quelquefois affecté d'exostose ou d'autres vices que le compas d'épaisseur ne peut déterminer, il a fallu nécessairement recourir à des moyens capables de suppléer à ce défaut. C'est ce qui a fait imaginer des instrumens qui se développent à l'intérieur du bassin, et entre autres les pelvimètre de Coutouly.

Ce dernier instrument, semblable en quelque sorte à celui dont le cordonnier se sert pour mesurer la forme du pied, est composé de deux branches, dont l'une se loge et se meut dans le corps de l'autre, qui est creusé pour cet effet en forme de gouttière à queue d'aronde. Chacune d'elles est armée d'une équerre à son extrémité antérieure, et celle qui est creusée présente inférieurement ou sur sa partie convexe des crochets destinés à la maintenir, pendant

qu'on introduit et qu'on développe la seconde; celle-ci porte une échelle ponctuée à sa partie postérieure, pour marquer l'espace compris entre les deux équerres.

S'agit-il de mesurer le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur ou abdominal, on introduit la branche creuse de cet instrument dans le bassin, et on applique son équerre sur la saillie du sacrum, où on la soutient à l'aide des crochets dont elle est armée inférieurement; on fait glisser ensuite dans sa gouttière la branche mobile, jusqu'à ce que l'équerre en soit appuyée contre la symphyse du pubis; enfin on examine l'échelle graduée, qui donne une certaine évaluation, de laquelle on retranche six ou huit lignes, tant pour l'épaisseur du pubis que pour l'inclinaison de l'instrument, et on obtient la longueur du diamètre qu'on cherchait.

Mais qui ne s'aperçoit déjà que cet instrument a mille inconvéniens qui le mettent au-dessous du compas d'épaisseur, et qui doivent le faire proscrire de la pratique? D'abord il n'est point d'une exactitude rigoureuse, et l'introduction en est difficile à cause de la résistance que lui opposent les parties molles du bassin, d'où résultent quelquefois des douleurs plus ou moins incommodes; en outre, l'une des branches, appliquée sur le milieu de l'angle sacro-vertébral est sujette à se déranger pendant qu'on fait glisser l'autre vers le pubis; enfin, qui oserait s'en servir chez les jeunes filles sans craindre de compromettre sa réputation, et de porter atteinte à l'innocence des mœurs?

Quel serait donc l'instrument qui réunirait le plus d'avantages pour l'examen du bassin, et auquel on pourrait donner le nom de pelvimètre par excellence? Ce serait sans contredit le doigt d'un accoucheur intelligent et exercé par une longue habitude, si toutefois on pouvait l'employer chez les jeunes filles qui n'auraient pas encore été déflorées. En effet, il n'y aurait pas de meilleur moyen non-seulement d'apprécier l'étroitesse des deux détroits et de l'excavation, mais encore d'en découvrir les autres vices, tels que les tumeurs que peuvent présenter les parties charnues et osseuses du bassin. Appliqué par son bord radial contre la sommité de l'arcade pubienne, et avancé vers la saillie du sacrum, en élevant le poignet, le doigt indicateur mesure une étendue oblique qui excède communément d'un demi-pouce le diamètre sacro-pubien : le même doigt, disposé comme ci-dessus, et dirigé vers la pointe du coccix, évalue aussi d'une manière assez exacte le diamètre cocci-pubien du détroit périnéal.

Quant aux dimensions latérales du bassin, on les estime avec assez de précision, soit en les parcourant du doigt indicateur, ce qui est toujours possible, même pour le détroit périnéal, à moins que la femme ne jouisse d'un embonpoint excessif; soit en jugeant de leur étendue par celle des dimensions antéro-postérieures; car il est assez rare que le bassin soit bien conformé d'avant en arrière, sans jouir du même avantage en travers.

On ne doit donc jamais manquer de porter le doigt indicateur dans le vagin toutes les fois que l'état de la femme le permet, puisque ce procédé est plus sûr et plus commode pour l'examen

du bassin que tous les instrumens dont nous avons déjà parlé. Mais, nous le répétons encore, le compas d'épaisseur est le seul qui mérite la préférence, quand la personne qui se soumet à de telles recherches est encore libre ou qu'elle répugne trop à l'attouchement immédiat du doigt et de la main. Cet instrument convient surtout pour mesurer la largeur du grand bassin, ou l'écartement des hanches, et le diamètre sacro-pubien du détroit abdominal; mais il n'a pas le même avantage pour le détroit inférieur, dont on ne peut guère estimer les dimensions qu'en palpant extérieurement la pointe du coccix et la sommité de l'arcade du pubis, lorsque la femme est debout, et les deux tubérosités ischiatiques, lorsqu'elle est accroupie.

Les accoucheurs ont encore cherché à déterminer la profondeur du bassin, de même que la hauteur de l'arcade sous-pubienne; mais la connaissance de ces dimensions n'est que d'une médiocre utilité auprès de la largeur des détroits et de l'excavation, de laquelle dépend toujours la facilité ou la difficulté de l'accouchement. D'ailleurs, n'est-il pas évident que la profondeur du bassin se mesure en arrière par la longueur du sacrum, en devant par la longueur de la symphyse du pubis, et sur les côtés par la moitié de l'os des hanches? Enfin ne voit-on pas que la hauteur de l'arcade sous-pubienne égale la profondeur latérale du bassin, moins la longueur de la symphyse du pubis, et que la largeur de cette arcade s'estime, soit en palpant les grandes lèvres, soit en mesurant l'écartement des tubérosités ischiatiques?

Nous ferons observer que l'art de manier les instrumens, pour mesurer les dimensions du bassin, outre les connaissances déjà indiquées, exige une certaine habitude, sans laquelle on s'expose à commettre les plus grandes méprises. Voici un trait, peut-être l'unique de son espèce, qui prouve jusqu'où peuvent aller l'illusion, l'égarement, l'ignorance et la maladresse à cet égard. Un faiseur d'accouchemens, dans une grande ville d'Europe, convoque un jour chez lui quelques praticiens pour leur faire part d'un cas des plus rares. Il était question d'une jeune dame, sa pensionnaire, dont il assurait que le bassin n'avait qu'un pouce de largeur, et qu'il disait avoir accouchée, avec le forceps, d'un enfant à terme et bien conformé. Ce cas devait effectivement paraître peu commun aux gens de l'art éclairés. Faire passer avec le forceps une tête de trois pouces et demi par un bassin qui n'a qu'un pouce de diamètre! quel prodige! il ne s'agissait que de le vérifier. En conséquence on demande à visiter l'enfant et la mère. Celle-ci refuse obstinément de se soumettre au toucher. On lui propose le compas d'épaisseur qu'elle accepte. Aussitôt le plus âgé des praticiens assemblés applique les deux extrémités de cet instrument sur le bassin de l'accouchée, et ne trouve qu'une étendue de quatre pouces entre leurs extrémités lenticulaires. En défalquant de cette mesure trois pouces, tant pour l'épaisseur du pubis que pour celle de la saillie sacro-vertébrale, il ne restait qu'un pouce : ce qui était bien conforme à l'évaluation déjà faite par l'accoucheur. Mais, pour plus d'exactitude dans l'opération, deux autres praticiens se joi-

gnent au premier, et découvrent qu'il n'a mesuré que le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur, c'est-à-dire la distance du pubis au coccix, laquelle n'est, dans le fait, que de quatre pouces. Ils élèvent donc l'instrument jusqu'au niveau du détroit supérieur, et en fixent les extrémités, l'une sur l'apophyse de la dernière vertèbre lombaire, et l'autre sur le pubis. Ils trouvent alors une ouverture d'environ huit pouces : ce qui, défalcation faite de l'épaisseur du sacrum et du pubis, donne pour reste une étendue de près de cinq pouces pour le diamètre antéro-postérieur. Or cette ouverture n'était-elle pas plus que suffisante pour laisser passer la tête la plus volumineuse d'un enfant à terme? Après cette vérification, la méprise saute aux yeux et le prétendu prodige s'évanouit. Il ne reste que la honte et la confusion pour celui qui s'était cru un moment le phénix des accoucheurs.

ARTICLE V.

Différence du bassin de la femme avec celui de l'homme.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur le bassin de la femme, pour en saisir la différence avec celui de l'homme, tant sous le rapport de sa forme que de ses proportions.

En effet, qu'on examine ce canal dans son ensemble ou dans chacune de ses parties, on y remarque des nuances qui établissent, pour ainsi dire, une ligne de démarcation entre les deux sexes.

Les crêtes, ainsi que les tubercules antérieurs et supérieurs des os des îles, sont plus éloignés chez la femme, ce qui donne plus d'évasement aux fosses iliaques, et plus de capacité au grand bassin. Les deux détroits qui terminent la cavité pelvienne ne présentent pas des différences moins sensibles dans l'un et l'autre sexe; le contour du détroit abdominal est plus large et plus arrondi chez la femme, la saillie sacro-vertébrale moins prononcée; les deux tubérosités ischiatiques sont aussi moins âpres, moins saillantes et plus écartées que chez l'homme; enfin l'extrémité du coccix s'approche moins de l'arcade sous-pubienne, ce qui donne au détroit périnéal plus de largeur d'avant en arrière.

Quant à l'excavation, elle est moins creusée à la partie postérieure chez la femme, parce que le sacrum a moins de longueur et de courbure; l'arcade sous-pubienne est plus large, et les branches en sont aussi plus contournées en dehors et en avant, la région du pubis est moins convexe, et le cartilage qui en forme la symphyse, plus épais et plus court, présente vers le dedans du bassin un bourrelet plus sensible que chez l'homme.

Mais, outre ces différences qui sont purement sexuelles, on en remarque encore d'autres qui sont individuelles, ou qui ne tiennent qu'à la stature et à l'âge de l'individu. Ainsi il est de fait que le bassin est plus large et moins profond chez les femmes d'une taille médiocre que chez celles dont la taille est svelte et démesurée. L'observation atteste aussi que le diamètre sacro-pubien du détroit abdominal est plus long que le transversal chez les femmes

impubères, tandis qu'on observe le contraire à un âge plus avancé: différence remarquable que l'analogie fait retrouver encore chez les femelles des quadrupèdes dont le bassin n'achève de se développer, et n'acquiert la forme et les proportions nécessaires pour l'expulsion du fœtus, qu'à l'époque de la puberté.

Parmi toutes ces différences que la nature a su ménager pour rendre l'accouchement plus facile, il en est cependant qui exposent la femme à certaines incommodités qu'on observe plus rarement chez l'homme; ainsi les tubercules supérieurs qui terminent antérieurement les crêtes iliaques ne peuvent être plus écartés, sans donner plus de longueur au ligament sus-pubien qui forme l'arcade crurale; d'où il résulte que l'intestin et l'épiploon trouvant en cet endroit moins de résistance et plus d'espace, doivent s'échapper plus fréquemment de leur enceinte, et produire des hernies plus ou moins fâcheuses : sorte de maladie qui se trouve compensée chez l'homme par les hernies inguinales auxquelles il est plus sujet, parce que l'anneau sus-pubien a plus d'ouverture.

D'un autre côté, la femme ayant les hanches plus écartées, doit nécessairement marcher avec moins de sûreté que l'homme. Car, dans la progression, lorsqu'une jambe est élevée, le centre de gravité du corps se porte moins promptement sur l'autre qui est fixée sur le sol; d'où résulte une espèce de claudication ou de marche vacillante, dans laquelle le tronc et les membres abdominaux, au lieu d'avancer directement ou en ligne droite, décrivent des arcs de cercle plus ou moins grands : ce qui donne à la progression de la femme, au moins quand elle fait de grands pas, une certaine ressemblance avec celle des oies ou des canes.

CHAPITRE II.

De la matrice et de ses dépendances.

Il s'en faut bien que la matrice soit un organe isolé et indépendant; on doit la considérer, au contraire, comme le centre d'un système auquel se lient d'une manière plus ou moins immédiate tous les autres organes de la génération, tant externes qu'internes; d'ailleurs elle a des connexions soit avec la plupart des organes urinaires, soit avec l'extrémité du conduit intestinal; et ses rapports avec toutes les autres parties de l'économie animale ont été si bien sentis par Hippocrate, et par les plus célèbres praticiens, qu'ils n'ont pas hésité de regarder la matrice comme la source d'une infinité de maux qui affligent la femme.

L'accoucheur, dont le ministère se borne le plus souvent à augmenter ou à modérer la force expultrice de ce viscère, doit donc s'appliquer à le connaître, non-seulement par rapport à sa situation, à sa forme, à ses dimensions et à sa structure, mais encore par rapport à ses connexions et à ses dépendances. Il doit aussi en étudier les vices de conformation pour les corriger, quand cela est possible, ou pour donner des conseils toujours utiles et jamais nuisibles aux femmes dont il a la confiance.

ARTICLE PREMIER.

De la situation, de la forme, des dimensions et de la structure de la matrice.

La matrice est située dans le bassin entre la vessie et le rectum; la direction en est oblique et variable suivant l'attitude de la femme. Dans la station, elle s'incline vers le pubis, et, dans la supination, vers l'angle sacro-vertébral; quand le corps est assis, elle s'approche de la verticale; elle ne se porte presque jamais à droite ni à gauche, mais elle se tourne quelquefois sur elle-même, de manière que ses faces regardent plus ou moins de côté. C'est un viscère conoïde ou cucurbitiforme, creux, membraneux, probablement de nature musculaire, vasculeux et nerveux, dans lequel s'accomplit, pour l'ordinaire, le grand œuvre de la génération.

1°. On ne s'accorde guère sur la figure de ce viscère; les uns le comparent à un cœur, et les autres à une poire ou à une pelote; mais il ressemble davantage à un cône renversé, ou à une petite calebasse un peu aplatie.

On le divise en trois portions, savoir, une plus large en haut et en arrière, au-dessus des trompes utérines ou de Fallopia : c'est le fond de la matrice; une autre plus resserrée en bas et en devant, qui en forme le col, et qui est légèrement renflée à sa partie moyenne; enfin une troisième entre les deux précédentes, qui en est le corps.

A l'extérieur, la matrice est légèrement aplatie, mais arrondie du côté du rectum et de la vessie; elle répond à l'abdomen par son bord supérieur ou son fond, et aux côtés de la cavité pelvienne par ses deux bords latéraux qui sont les plus longs, et qui se rapprochent continuellement l'un de l'autre : ce qui donne à cet organe une figure triangulaire, où l'on distingue trois angles, deux supérieurs et latéraux vers l'insertion des trompes, et un inférieur, qui fait saillie dans le vagin, et auquel les accoucheurs donnent le nom bizarre de *museau de tanche*. Ce dernier, chez les femmes qui sont encore vierges et qui n'ont point eu d'enfans, s'ouvre dans le vagin par un orifice presque toujours arrondi, ou légèrement ovale : tandis que chez les autres, c'est le plus souvent une fente transversale, plus ou moins irrégulière, dont la lèvre antérieure est plus épaisse et plus longue que l'autre. Cette ouverture, naturellement étroite, se dilate un peu pendant l'écoulement des menstrues, et reste plus ou moins béante quelques jours après; d'où il résulte que certaines femmes, surtout celles qui sont nouvellement mariées, conçoivent alors beaucoup plus facilement que dans tout autre temps.

2°. La matrice a de deux pouces et demi à trois pouces de long, depuis le milieu du fond jusqu'à l'extrémité inférieure du col. La largeur en est de dix-huit à vingt lignes au bord supérieur ou abdominal, et diminue de haut en bas, à cause du rapprochement des bords latéraux. L'épaisseur entre les points les plus saillans ou les plus élevés des deux faces en est de dix à douze lignes; les bords en sont plus minces que la partie moyenne ou centrale.

Le col de cet organe a six lignes de long en avant et une ou deux lignes de plus en arrière. Les deux extrémités en sont plus minces et plus étroites que la partie moyenne, dont la largeur et l'épaisseur sont de six à sept lignes. L'orifice inférieur ou externe n'a qu'une ligne de diamètre tout au plus.

3°. Si l'on fend la matrice à sa face antérieure ou postérieure, on en découvre la cavité que l'on divise communément en deux portions, l'une supérieure et large, qui appartient au corps, l'autre inférieure et beaucoup plus étroite, qui correspond au col. La première, triangulaire et capable de contenir à peine une fève de marais, s'ouvre en haut et sur les côtés par deux orifices qui conduisent dans les trompes, et en bas par un autre plus large, qu'on appelle orifice interne de la matrice, et qui aboutit à la cavité du col. Celle-ci est une espèce de canal qui a près d'un pouce de longueur, et qui est un peu plus large à sa partie moyenne qu'à ses extrémités : disposition que nous avons déjà fait remarquer à la face externe du col utérin.

4°. La matrice est revêtue de membranes tant à l'extérieur qu'à l'intérieur. D'abord une duplicature du péritoine en recouvre toute l'étendue, excepté le museau de tanche, et semble entrer dans sa structure, tant elle est adhérente. C'est cette membrane séreuse qui, par ses prolongemens, unit la matrice avec les viscères voisins et la retient elle-même dans le petit bassin. On croit aussi qu'une membrane muqueuse très-fine et très-adhérente tapisse toute la cavité utérine ; mais aucun anatomiste n'en a encore démontré l'existence. Tout ce qu'on sait de plus positif là-dessus, c'est que cette cavité est naturellement blanchâtre avant la puberté et à un âge avancé. On y aperçoit seulement quelques rides dans la moitié inférieure du col, où l'on rencontre aussi un grand nombre de follicules muqueux, disposés symétriquement suivant quatre lignes opposées, dont deux antérieures et deux autres postérieures. Telle est sans doute la source de l'humeur muqueuse qui lubrifie la surface de l'utérus, et peut-être aussi l'origine du sang qui, par un mécanisme encore ignoré des physiologistes, en découle ou s'en exhale périodiquement tous les mois.

5°. Des vaisseaux sanguins, tant artériels que veineux, fournis par le tronc des spermatiques et des pelviens ou hypogastriques, arrosent la matrice. Après en avoir pénétré le tissu de chaque côté, ils se ramifient sur ces deux faces, s'entrelacent de mille manières, et s'anastomosent les uns avec les autres. Si l'on en croit un savant anatomiste anglais, ils sont accompagnés de deux plans de vaisseaux lymphatiques naturellement peu apparens, mais très-volumineux vers la fin de la grossesse, qui se rendent aux ganglions hypogastriques et lombaires.

6°. La matrice reçoit aussi une foule de ramifications nerveuses qui lui sont fournies par les plexus rénaux et lombaires, par le grand trisplanchnique, et par les nerfs sacrés. De là cette merveilleuse sympathie qui lie le centre du système générateur à toutes les autres parties de l'économie animale, et sert à expliquer les nombreuses affections, ou plutôt cette prodigieuse variété de phé-

nomènes qu'on observe chez la femme, surtout pendant la grossesse.

7°. En examinant le tissu de la matrice, le scalpel à la main, on en estime l'épaisseur qui n'est que de trois à quatre lignes; mais on le trouve composé de fibres dont l'entrelacement est si inextricable, qu'il est impossible d'en déterminer l'ordre et la disposition. On remarque seulement qu'elles sont plus serrées et plus pâles dans le col de la matrice, surtout vers l'orifice vaginal, dont le poli et la dureté semblent tenir du cartilage; tandis que dans le fond et le corps, dont la substance paraît comme diploïque, elles sont moins serrées, plus rougeâtres et plus molles. Mais quelle est la nature des fibres utérines? Sont-elles charnues et musculaires, ou simplement membraneuses? c'est ce que les anatomistes n'ont pas encore décidé. Les uns n'admettent qu'un muscle utérin qu'ils placent tantôt vers le fond, tantôt vers le col de la matrice; les autres, au contraire, en admettent plusieurs en forme de bandes ou d'écharpes plus ou moins obliques sur les deux faces de ce viscère. Alphonse Leroi croyait la matrice composée de deux plans musculeux, l'un externe et l'autre interne : diversité d'opinions qui prouve bien que les anatomistes ont moins vu qu'imaginé les muscles utérins dont ils ont prétendu donner la description. Au reste, qu'importe qu'on dissèque ou non les muscles de la matrice? Il suffit au médecin et à l'accoucheur de ne point ignorer un fait bien certain : que cet organe, excessivement sensible et irritable, se comporte pendant le travail de l'accouchement comme les autres organes ou viscères creux dont les muscles sont les plus forts et les plus robustes; en effet il exerce même involontairement une force de contractilité dont aucun physiologiste n'a pu donner encore la mesure. Ajoutons à cela que les naturalistes ont démontré l'existence des muscles dans la matrice des grands quadrupèdes, tels que l'éléphant, le rhinocéros, etc.; pourquoi donc n'en admettrait-on pas dans celle de la femme? qu'y a-t-il qui s'oppose à cette analogie? On objectera peut-être que le tissu de la matrice étant naturellement blanc, il est absurde de le considérer comme musculaire; mais on sait que la contractilité n'appartient pas seulement aux tissus rouges et charnus, et de plus que les muscles sont incolores dans les animaux à sang blanc. Que si l'on persiste à contester la nature charnue ou musculaire du tissu utérin, sous prétexte qu'elle est incompatible avec l'extensibilité qui lui est propre, nous répondrons encore que la matrice ne s'étend que par degrés insensibles, et d'une manière très-lente, semblable aux muscles abdominaux qui ne perdent pas leurs propriétés, quoiqu'ils soient soumis quelquefois à une extension peu naturelle, même démesurée.

8°. Ce n'est point ici le cas d'examiner si la matrice doit être rangée parmi les muscles volontaires ou involontaires; si elle est sous l'influence du cerveau ou du cœur; enfin si elle appartient plutôt à la vie organique qu'à la vie animale. On sent d'avance tout le ridicule de pareilles questions dans un ouvrage sur l'art des accouchemens. Nous discuterons encore moins quel est le rang que la matrice doit occuper parmi les organes génitaux de la femme; si

elle est plus ou moins essentielle ou nécessaire que les ovaires; s'il faut lui accorder le titre de réceptacle destiné à loger et à nourrir le germe fécondé, ou ne la considérer que comme un organe de communication; enfin si la femme ne pourrait pas encore jouir de la faculté d'être mère, quoiqu'elle fût privée de la matrice. On doit convenir qu'il faudrait avoir bien du temps à perdre pour s'engager dans des discussions aussi oiseuses et aussi frivoles. Nous nous contenterons donc de rappeler ici, avec le docteur *Broussais*, que la matrice est un des organes qui constituent l'appareil génital chez la femme, appareil qui est susceptible d'une érection excessive, qui agit fortement sur l'intellect, sur les passions et sur l'instinct; qui se lie très-étroitement avec tous les autres organes, et remue un très-grand nombre de sympathies. Nous ajouterons que le germe ou l'embryon, d'où qu'il provienne, se développe dans la matrice pendant la grossesse, et qu'il en est expulsé durant le travail de l'accouchement par la contraction énergique de ce viscère. C'est là un des phénomènes de la nature si souvent observé, que quelques exemples de grossesse extra-utérine, dont l'effet est entièrement nul pour la régénération de l'espèce, doivent être regardés comme des exceptions rares qui confirment la loi générale au lieu de la détruire.

ARTICLE II.

Des dépendances et des connexions de la matrice.

Les trompes et les ovaires, le vagin et la vulve se lient d'une manière plus ou moins immédiate à la matrice, et sont autant de parties du système générateur chez la femme; mais, avant de décrire ces sortes de dépendances ou d'annexes utérines, il est à propos de rappeler succinctement les moyens qui fixent la matrice dans le petit bassin entre la vessie et le rectum : moyens qui ne sont que des productions du péritoine.

Lorsque la portion de cette membrane séreuse qui tapisse la partie postérieure de la cavité abdominale est descendue jusque dans le petit bassin, elle se réfléchit en quittant la face antérieure du rectum, pour couvrir la face postérieure de la matrice. Arrivée à la partie la plus élevée de ce viscère, elle redescend sur sa face antérieure jusqu'au bas de la vessie, dont elle embrasse, en remontant, la partie postérieure et les côtés.

Il résulte de là que le péritoine forme dans le petit bassin une espèce de duplicature qui en partage la cavité de droite à gauche, et dont les lames écartées dans leur partie moyenne enveloppent toute l'étendue de la matrice jusqu'à son col, sans néanmoins la contenir. Cet organe se trouve ainsi fixé postérieurement au rectum, et antérieurement à la vessie par deux petits replis auxquels on donne très-improprement le nom de petits ligamens ronds postérieurs et antérieurs. On ne les découvre qu'en soulevant la matrice ou en l'écartant de la vessie et du rectum, ce qui les fait paraître sous la forme de deux petits croissans dont les concavités se regardent.

Outre cela, les deux lames de la duplicature transversale du pé-

ritoine, après avoir fourni une enveloppe à la matrice, s'adossent l'une à l'autre sur les côtés de cet organe, pour y former comme deux ailes qui portent mal à propos le nom de ligamens larges, et vont s'attacher aux parties latérales du bassin. Ces deux replis sont étendus depuis le col de la matrice jusqu'à son fond, et leur bord supérieur est divisé en deux ailerons parallèles, dont l'antérieur renferme la trompe et l'autre l'ovaire. C'est dans le tissu cellulaire qui unit les deux lames de ces prolongemens latéraux que serpentent les vaisseaux tant sanguins que lymphatiques qui vont à la matrice ou qui en reviennent.

On y trouve aussi de chaque côté un cordon plus vasculeux et charnu que ligamenteux, qu'on nomme ordinairement ligament rond, quoique sa forme aplatie s'oppose à une telle dénomination. Composés de quelques ramifications des artères spermatiques, et d'un filet des plexus rénaux, ils descendent des angles supérieurs de la matrice un peu au-devant et au-dessous de l'origine des trompes; ils se recourbent ensuite vers les anneaux sus-pubiens, par où ils sortent pour aller s'épanouir en forme de patte d'oie dans l'épaisseur du tissu cellulaire des aines et des grandes lèvres. Ces deux cordons ne sont donc que la continuation des artères spermatiques, et sont destinés à porter la nourriture aux parties qu'ils arrosent : seule fonction qu'on puisse raisonnablement leur accorder.

Les productions péritonéales, dont nous venons de parler, fixent donc et soutiennent la matrice dans le petit bassin, entre la vessie et le rectum, sans lui ôter néanmoins une certaine mobilité, même assez étendue d'avant en arrière, qu'elle ne perd qu'à la fin de la grossesse.

SECTION PREMIÈRE.

Des trompes et des ovaires.

1°. Les trompes utérines, ainsi appelées à cause de leur ressemblance avec l'instrument de musique qui porte ce nom, sont deux conduits tortueux, longs de quatre à cinq travers de doigt, et renfermés dans les ailerons antérieurs des replis latéraux du péritoine. Étroites à leur extrémité utérine, où elles admettent à peine une soie de porc, elles s'élargissent insensiblement depuis les parties supérieures et latérales de la matrice jusque vers leur milieu. Là, elles se rétrécissent un peu pour s'élargir de nouveau jusqu'à leur extrémité opposée qui flotte dans la cavité de l'abdomen.

Cette extrémité porte le nom de *morceau frangé*, parce qu'elle forme une espèce de pavillon découpé en plusieurs languettes, dont une plus rouge et plus longue que les autres s'attache à l'ovaire, et qui toutes sont destinées sans doute à s'appliquer étroitement à ce corps, pour en recevoir le germe que la femme fournit dans l'acte de la génération.

Ces deux conduits, outre la production péritonéale qui les enveloppe, sont encore revêtus à l'intérieur d'une sorte de membrane qui, en se continuant depuis la matrice jusqu'à la cavité de l'abdomen, fournit le seul exemple connu de communication entre les

membranes de cet ordre et les membranes séreuses. Quant à leur tissu intermédiaire, il est composé de plusieurs ordres de fibres dont la nature est la même que celle des fibres utérines; puisqu'elles peuvent se développer, au moins jusqu'à un certain point, et se contracter comme elles.

2°. Les ovaires auxquels les modernes ont donné ce nom, parce qu'ils les ont considérés comme des réservoirs pleins d'œufs, sont deux corps blanchâtres qui, par leur volume et leur figure, ont beaucoup de ressemblance avec une féve de marais. Ils sont attachés par un cordon ligamenteux aux parties supérieures et latérales de la matrice, derrière l'origine des trompes, et placés de champ dans l'épaisseur de l'aileron postérieur des ligamens larges. Bosselés et vésiculeux dans la jeunesse, ils se flétrissent et se dessèchent aussitôt que la femme a cessé d'être féconde. On ignore entièrement la structure de ces organes, et le scalpel de l'anatomiste n'a point encore décidé si leur parenchyme n'est qu'un peloton de glandes, ou simplement un amas de tissu cellulaire. Ce que l'on sait de plus positif sur leur usage, c'est qu'ils sont nécessaires à la génération, puisque toute femelle qui en est privée est incapable de se reproduire. Mais doit-on les considérer comme deux testicules qui fournissent une humeur analogue au sperme du mâle, ou bien renferment-ils seulement des germes ou des œufs qui n'attendent plus que le moment d'être fécondés pour aller se développer dans la matrice? c'est là précisément le sujet de la fameuse dispute entre les anciens et les modernes, et l'origine de tous les systèmes qui se sont élevés sur un des plus impénétrables mystères de la nature.

SECTION II.

Du vagin.

Le vagin est une espèce de conduit cylindroïde et membraneux, par lequel la matrice communique avec la vulve et les parties externes de la génération. Légèrement incliné entre la vessie et le rectum, il est plus élevé en arrière qu'en avant, et sa paroi antérieure est plus courte que la postérieure, parce qu'il est un peu recourbé du côté du pubis, et que ses extrémités sont taillées en biseau, et à contre-sens l'une de l'autre.

La longueur ordinaire du vagin est de cinq pouces sur un pouce de large : dimensions qui varient néanmoins beaucoup selon les circonstances; car il est naturellement plus étroit et un peu plus long chez les vierges que chez les femmes mariées, dont le vagin s'élargit probablement aux dépens de sa longueur. Mais ces variations sont presque nulles, si l'on a égard à celles qui sont l'effet de la grossesse ou du travail de l'accouchement; car, dans le premier cas, ce conduit peut s'allonger de plus d'un demi-pied, et dans le second, il s'élargit assez pour livrer passage à la tête et au tronc de l'enfant.

L'extrémité postérieure du vagin embrasse le col de la matrice, cinq ou six lignes au-dessus de l'orifice externe, et forme là une espèce de cul-de-sac d'autant plus profond, que le col utérin a plus de longueur. L'autre extrémité ou l'entrée du vagin est entourée

d'un tissu caverneux, qu'on nomme plexus rétiforme, et de deux bandes charnues qui, du sphincter de l'anus, s'élèvent vers le clitoris. Pendant l'orgasme vénérien, ce petit appareil musculo-vasculaire entre en érection, s'engorge et se contracte; ce qui rétrécit beaucoup l'orifice du vagin.

La structure de ce conduit n'est composée que d'une membrane muqueuse qui se réfléchit sur la partie saillante du col de la matrice, mais ne se prolonge pas, comme on l'avait cru, jusque dans la cavité de ce viscère, et dans les conduits des trompes. Elle est unie antérieurement, par un tissu cellulaire très-serré, à l'urètre et au col de la vessie, postérieurement au rectum, et supérieurement aux replis du péritoine qui fixent la matrice dans le bassin. La surface interne de cette membrane, rugueuse et parsemée de granulations, présente des plis d'autant plus considérables que la femme est plus jeune, et d'autant plus superficiels qu'elle est plus avancée en âge, ou qu'elle a fait plus d'enfans. Ce sont ces inégalités ou ces rides que la nature a mises en réserve, et dont la direction, soit transversale, soit longitudinale, permet au vagin de s'allonger pendant la grossesse, et de s'élargir pendant l'accouchement: changemens qui ensuite disparaissent peu à peu, lorsque ces causes cessent d'agir, et que le vagin, par une force d'élasticité ou plutôt de tonicité qui lui est propre, revient à peu près à son état naturel.

Ce sont les follicules de cette membrane qui fournissent l'humeur muqueuse dont l'intérieur du vagin est sans cesse lubrifié; et au milieu de l'appareil musculo-vasculaire qui entoure l'entrée de ce conduit, on trouve deux corps glanduleux de la grosseur d'une petite féve de haricot, dont les canaux excréteurs dardent quelquefois avec force la liqueur filtrée pendant l'orgasme vénérien.

Le vagin est arrosé de vaisseaux sanguins qui viennent des troncs hémorroïdaux, et de vaisseaux lymphatiques qui se rendent aux ganglions circonvoisins; ses nerfs ont la même origine que ceux de la matrice, et paraissent être le principal siége du sens génital chez la femme.

La matrice n'est pas dans la même direction que le vagin. Ces deux organes font un angle d'autant plus ou moins obtus, que la femme est plus couchée à la renverse ou plus inclinée en devant; le sommet de cet angle répond au sacrum et son ouverture au pubis.

SECTION III.

De la vulve.

On désigne sous le nom de vulve cette espèce de fente parallèle au diamètre cocci-pubien du détroit inférieur, laquelle se termine antérieurement au pubis, postérieurement au périnée; on y découvre, en écartant les grandes lèvres, les nymphes, le clitoris, le méat urinaire, l'orifice du vagin et l'hymen ou ses débris.

1°. Le pubis, qu'on nomme aussi le pénil ou le mont de Vénus, est une saillie que forme le tissu cellulaire entre les deux aines, au

bas de l'hypogastre et au-devant du bassin. Plus ou moins élevé et arrondi, suivant la forme du détroit supérieur et l'embonpoint de la femme, il se couvre d'un léger duvet aux approches de la puberté, et de poil dans l'âge d'adolescence.

2°. Le périnée n'est autre chose qu'un espace charnu d'environ deux travers de doigt; il est compris entre l'anus et la vulve, et divisé à sa partie moyenne par le raphé, sorte de suture charnue qui règne dans toute sa longueur. On peut le considérer comme la base d'un triangle dont les deux autres côtés sont le vagin et le rectum, et dont l'aire est occupée par du tissu cellulaire.

3°. Entre le pubis et le périnée, on découvre les grandes lèvres, deux colonnes charnues parallèles qui se réunissent, en devant et en arrière, par deux petits replis des tégumens auxquels on donne le nom de commissures : elles sont moins développées dans l'enfance qu'à l'époque de la puberté, où elles acquièrent une fermeté et une épaisseur qui diminuent ensuite par le progrès de l'âge. La face externe est recouverte des tégumens communs et garnie de poils, tandis que la face interne est tapissée d'une membrane muqueuse très-fine, et continuellement humectée par l'humeur qui s'en exhale; cette membrane est lisse, polie et vermeille chez les vierges, au contraire obscure, fanée, et un peu flétrie chez les femmes mariées. La structure des grandes lèvres n'est composée que de tissu cellulaire peu graisseux, dont les lames paraissent descendre des branches de l'arcade sous-pubienne, et au milieu duquel ou trouve beaucoup de vaisseaux et de glandes muqueuses.

4°. Les nymphes, ainsi appelées par allusion à certaines divinités du paganisme qu'on croyait présider aux fontaines, sont situées sur les côtés du méat urinaire, et descendent jusqu'au milieu de l'orifice du vagin. Elles ressemblent par leur forme, leur volume et leur couleur, aux crêtes qu'on remarque sous le gosier de certaines poules. Étroites et rapprochées vers leur origine, elles s'écartent et s'élargissent en arrière. Souvent elles débordent un peu la vulve chez les jeunes filles qui viennent de naître. La structure en est la même que celle des grandes lèvres; aussi l'âge et les jouissances vénériennes y apportent les mêmes changemens. Leur situation porte à croire qu'elles servent à diriger en bas le jet de l'urine; mais elles favorisent aussi l'élargissement de la vulve durant l'accouchement.

A la partie supérieure de la vulve, sous la bride ou commissure qui réunit les deux lèvres, se trouve le clitoris, sorte de tubercule ou de caroncule rougeâtre, dont la saillie en a quelquefois imposé sur le sexe des nouveau-nés, et qui, par une sensibilité naturelle, se gonfle et se roidit chez les adultes pendant l'orgasme vénérien. Figuré comme le gland qui termine le membre viril, il n'en diffère que parce qu'il a moins de grosseur et qu'il n'est point percé à son sommet. Il est formé d'un corps caverneux, dont les racines, écartées en arrière et en bas, se fixent aux branches de l'arcade sous-pubienne, jusqu'auprès des tubérosités ischiatiques. Il est soutenu par un ligament suspenseur qui est fixé à la partie antérieure et moyenne de la symphyse du pubis, et chacune de ses racines est

recouverte d'un muscle ischio-caverneux qui, de la tubérosité ischiatique, se rend à l'endroit où elle se réunit à celle du côté opposé.

Au-dessous du clitoris, entre les petites lèvres, et très-près de l'orifice du vagin, on remarque le méat urinaire; c'est une ouverture plus ou moins irrégulière, ordinairement plus longue que large, et entourée d'un bourrelet saillant, sur lequel s'ouvrent les conduits excréteurs de quelques glandes muqueuses. Ce canal, long d'un pouce environ, mais plus large et plus susceptible de dilatation que celui de l'homme, se dirige presque horizontalement depuis l'ouverture dont on vient de parler, jusqu'au col de la vessie. Il est formé d'une substance cellulaire qui en augmente l'épaisseur, et tapissé intérieurement d'une membrane muqueuse, sur laquelle on aperçoit des rides longitudinales, et les pores d'où s'exhale l'humeur muqueuse qui le lubrifie et le garantit de l'impression de l'urine.

L'orifice du vagin, situé au-dessous du canal urinaire, est naturellement plus étroit chez les vierges que chez les femmes mariées. Dans les premières, il est bordé pour l'ordinaire à sa partie inférieure d'une production membraneuse à laquelle on donne le nom d'hymen, et qu'on regarde mal à propos comme le sceau de la virginité; car, outre que cette production ne se rencontre pas toujours, elle offre encore une infinité de différences ou de variétés quant à sa forme. Tantôt elle ressemble à un cercle d'inégale largeur dans sa circonférence; tantôt elle imite un croissant, dont la partie la plus large est le plus souvent en bas, et dont les extrémités vont aboutir au-dessous du méat urinaire; enfin, on l'a trouvée quelquefois semblable à un triangle isocèle. Chez les femmes mariées, surtout si elles ont fait des enfans, on trouve à la place de cette membrane trois ou quatre légers appendices qu'on regarde comme les débris de l'hymen, et qu'on nomme assez improprement les caroncules myrtiformes. Elles sont épaisses, lisses, et d'un rouge assez vermeil chez les jeunes femmes qui n'ont pas eu beaucoup d'enfans, au lieu qu'elles s'amincissent, se fanent et disparaissent même avec l'âge.

ARTICLE III.

Des vices de conformation qui peuvent affecter la matrice et ses dépendances.

La mauvaise conformation de la matrice et de ses dépendances n'est pas moins essentielle à connaître que celle du bassin; car, si la dernière peut s'opposer à l'accouchement ou le rendre difficile, la première, outre qu'elle peut mettre obstacle à cette fonction naturelle, peut encore empêcher la conception et la grossesse, ou rendre la femme impuissante et stérile. Cependant nous ne ferons ici qu'une simple énumération des vices ou désordres, soit naturels, soit accidentels, qui peuvent affecter le système utérin, nous réservant d'offrir de plus amples détails dans un Traité consacré uniquement aux maladies des femmes.

Si l'on en croit quelques observateurs, il a existé des femmes, à la vérité en petit nombre, chez lesquelles on n'a trouvé aucun vestige de matrice après leur mort, et d'autres, au contraire, mais en bien plus grand nombre, chez lesquelles elle était double ou bilobée ; quelquefois cet organe n'a présenté qu'une masse informe, compacte et solide, sans aucune apparence de cavité. On en a vu qui étaient parvenues au dernier degré d'ossification, et dont la dureté résistait presque à la lime et au marteau. Des concrétions pierreuses en occupent quelquefois toute la capacité ; nous avons eu occasion d'en disséquer deux dont l'une paraissait à l'intérieur comme récrépie d'un mortier graveleux, et l'autre recouverte de lames pierreuses appliquées les unes sur les autres. Une femme de Luçon, âgée de trente-six ans, avait porté pendant treize ans une matrice squirrheuse d'un volume si considérable, qu'elle pesait près d'un demi-quintal, et que l'abdomen avait neuf pieds de circonférence. Littre et Morgagni assurent avoir remarqué l'imperforation complète de son orifice interne ; et celle de l'orifice externe, par l'effet d'une inflammation, d'une ulcération ou d'une tumeur circonvoisine, est encore incontestable.

Que d'irrégularités n'a-t-on pas observées relativement à la température, à la situation, à la forme, au volume et à la direction du col utérin ! Suivant quelques auteurs, il est plus chaud, et situé plus bas qu'à l'ordinaire chez les femmes qui ont leurs règles ou qui sont sur le point de les avoir, et chez celles qui jouissent trop fréquemment des plaisirs de l'amour. Dans certains cas, on l'a trouvé si volumineux, que le museau de tanche égalait la grosseur du poing et occupait le vagin entier ; dans d'autres, la longueur en était si démesurée, qu'elle en imposait pour une chute de matrice ou pour un hermaphrodisme. Tantôt il se dirige trop en arrière ou sur les côtés, tantôt même il s'ouvre dans le rectum, sans que ce vice de conformation nuise à la conception, à la grossesse, ni à l'accouchement. Nous devons néanmoins assurer que nous avons eu occasion d'observer, chez plusieurs femmes, le col de la matrice appliqué contre le point du bassin qui répond à la cavité cotyloïde gauche, et nous sommes porté à croire que ce vice de conformation était la seule cause qui les eût empêchées d'avoir des enfans.

Les anatomistes qui se sont livrés spécialement à des recherches pathologiques rapportent avoir trouvé les deux trompes oblitérées, et l'un des ovaires ou tous les deux réduits à l'état de squirrhe ; certaines femmes ont paru totalement privées de ces derniers organes ainsi que des artères spermatiques.

Quelquefois le vagin manque absolument ; d'autres fois il est double ou séparé en deux par une cloison moyenne qui se continue jusqu'à l'orifice de la matrice. Certaines maladies le rendent calleux et le laissent couvert, soit de cicatrices, soit d'excroissances. Il peut être entrecoupé de brides charnues, ou fermé par une membrane qui se termine en forme de cul-de-sac plus ou moins profond. Nous avons eu occasion d'observer un cas semblable à ce dernier dans une des salles de l'Hôtel-Dieu, et un autre en ville.

Ruisch a été obligé de faire l'excision d'une double membrane qui bouchait l'entrée de ce canal. Morgagni et Bénévoli l'ont trouvé si étroit et si resserré qu'on pouvait à peine y introduire une plume à écrire. Il s'ouvre tantôt dans le rectum, tantôt dans la vessie.

On cite des femmes chez lesquelles la vulve était très-resserrée, même entièrement fermée, soit que cette difformité existât avant la naissance, soit qu'elle eût été produite par des accidens. Nous avons trouvé cette ouverture divisée par une bride transversale en deux parties, l'une supérieure, et l'autre inférieure. Dans une autre circonstance, nous avons été appelé auprès d'une femme en mal d'enfant, qui ne pouvait accoucher à cause d'un rétrécissement considérable de la vulve. Des excroissances et des chancres vénériens y avaient nécessité des incisions dont les cicatrices en avaient réduit la forme et la largeur à celle d'un petit cercle qui avait tout au plus un pouce de diamètre. Enfin nous avons vu, ainsi que la plupart des médecins de Paris, une jeune fille qui se faisait appeler *le Phénomène,* parce qu'elle avait de la barbe au visage et du poil sur le corps comme un homme. Cette fille était aussi naturellement imperforée; sa vulve n'offrait que quelques rudimens des lèvres et quelques méats ou orifices sous-pubiens par lesquels s'écoulaient l'urine et le sang menstruel. Nous avons visité à l'académie une autre femme qui était absolument dans le même cas.

Les grandes lèvres sont plus ou moins prolongées, et offrent plus ou moins de dureté ou de rigidité. Il s'y forme des abcès, des varices, des œdèmes, des excroissances. Nous avons rapporté dans le Tableau des maladies vénériennes l'histoire d'une femme dont la grande lèvre gauche était tiraillée par une tumeur très-volumineuse qui pendait entre les cuisses.

Les nymphes peuvent être affectées des mêmes vices de conformation. Elles acquièrent quelquefois une longueur si prodigieuse qu'elles débordent les grandes lèvres de plusieurs pouces, et qu'on est obligé de les exciser, parce qu'elles gênent la progression et le coït. Pendant la révolution, de petites filles qui venaient de naître ont été enregistrées à la municipalité pour de petits garçons; et, parvenues à l'âge de la conscription, elles n'ont pu servir qu'à constater l'erreur commise à leur égard. Leurs nymphes ou petites lèvres en avaient imposé par leur volume, et avaient été prises pour les organes d'un autre sexe.

On a trouvé le clitoris parsemé de varices, de tumeurs fongueuses et d'excroissances plus ou moins dures. Le volume et la longueur en sont quelquefois prodigieux; il n'est pas très-rare de le trouver de la grosseur du pouce ou du membre viril. Une dame romaine, au rapport de Zacchias, ne pouvait cohabiter avec son mari, parce que le clitoris entrait en érection et s'opposait à l'approche conjugale. On cite une femme de Lesbos chez laquelle ce même corps égalait le col d'une oie.

Il est des femmes dont le méat urinaire est le siége d'un prurit et d'une ardeur insupportables. Le bourrelet qui l'entoure devient quelquefois si volumineux qu'il fait saillie au dehors. Nous avons été consulté et amené par un de nos confrères auprès d'une dame

qui souffrait des douleurs intolérables à l'extrémité externe de l'urètre. Nous y avons aperçu une sorte de tubercule d'un rouge très-vif et d'une extrême mobilité. Nous l'avons saisi et enlevé avec des pinces sans aucun obstacle, et aussitôt les douleurs se sont calmées. Ce n'était qu'un petit caillot de sang qui irritait le conduit sécréteur de l'urine, où il se prolongeait par un filament de même nature et de même consistance.

ARTICLE IV.

De l'hystérométrie ou des moyens propres à constater les vices de conformation de la matrice et de ses dépendances.

On ne peut se dissimuler que la vue et le toucher ne soient les meilleurs moyens de vérifier la bonne ou la mauvaise conformation du système utérin. Mais il est infiniment rare que le médecin-accoucheur puisse faire concourir ces deux sens externes à la recherche de la vérité, et confirmer ou rectifier le témoignage de l'un par celui de l'autre; car, outre que la plupart des organes qui servent à la génération sont hors de la portée de l'œil, la discrétion et la décence lui défendent, dans beaucoup de circonstances, de regarder ceux qui seraient même les plus apparens, à moins qu'il ne soit absolument nécessaire d'y pratiquer quelque opération. Le toucher est donc le seul moyen qui reste aux gens de l'art, quand il s'agit de visiter les parties génitales de la femme; encore faut-il que les personnes qui se soumettent à ces sortes d'examens soient engagées dans les liens du mariage.

Ce serait néanmoins une grande erreur de croire qu'on puisse reconnaître, au moyen du doigt, tous les vices qui affectent les différentes parties du système utérin. Comment pourrait-on s'assurer, par exemple, de la présence ou de l'absence des ovaires, de la perméabilité ou de l'obstruction des trompes utérines, et de plusieurs autres désordres relatifs à la situation, au volume, à la direction et à la structure de ces organes? On peut à la vérité presque toujours reconnaître si la matrice existe ou non, au moyen du doigt qu'on introduit dans le vagin ou dans le rectum; la présence ou l'absence d'un corps solide et triangulaire entre la vessie et l'intestin est alors la base d'un jugement assez certain. Mais combien de défectuosités ce viscère ne peut-il pas offrir, sans que le doigt puisse en acquérir la moindre connaissance? Quel sera l'homme de l'art qui osera décider d'une manière précise si la matrice est creuse ou tout-à-fait compacte; si la cavité en est simple ou bilobée, ossifiée ou recouverte de concrétions pierreuses; si les orifices en sont ouverts ou oblitérés?

Il faut donc nécessairement convenir que le toucher, quoiqu'il soit le plus délicat des sens externes, ne peut néanmoins reconnaître tous les vices de conformation du système utérin; car, si l'on en excepte quelques notions relatives à la situation, au volume et aux dimensions de la matrice, à la largeur, au resserrement ou à l'imperforation du vagin, et à l'état des parties qui constituent la vulve, tout le reste est couvert d'un voile impénétrable.

L'homme de l'art est donc forcé, dans une infinité de circonstances, de se livrer à des conjectures plus ou moins incertaines, quand il s'agit de prononcer sur l'état des organes génitaux de la femme. Ne pouvant s'aider du doigt et de l'œil dont le témoignage est, sinon infaillible, du moins presque toujours certain, il doit avoir recours à des signes rationnels qui sont le plus souvent équivoques. Ainsi, lorsqu'une jeune personne, parvenue à l'âge de puberté, est exempte de cette loi générale qui assujétit les femmes à la période menstruelle, on en conclut, avec assez de vraisemblance, qu'il existe quelque vice dans la structure de la matrice. Mais en quoi consiste ce vice? voilà l'incertitude, à moins qu'il ne dépende de l'imperforation de la matrice ou du vagin, laquelle est toujours à la portée du doigt. D'ailleurs, combien n'a-t-on pas vu de femmes qui n'avaient jamais pu devenir mères, quoiqu'elles eussent été toujours bien réglées, et quoiqu'on ne pût soupçonner leurs maris d'aucun vice de conformation? Quelle était donc alors la cause de cette espèce de stérilité? A quel vice de conformation fallait-il l'attribuer?

CHAPITRE III.

Du fœtus et de ses dépendances.

Le fœtus avec ses dépendances forme une masse dont le volume s'accroît de jour en jour depuis la conception jusqu'à la fin de la grossesse. C'est là ce mobile ou ce corps sur lequel la matrice se contracte durant le travail, et contre lequel elle ne cesse d'agir que lorsqu'elle l'a entièrement expulsé, ou qu'elle l'a forcé de franchir les détroits du bassin et la vulve.

C'est donc une vérité incontestable que le fœtus doit être un objet de méditation pour le médecin-accoucheur; car, s'il lui est important de connaître le bassin et la matrice, afin de calculer la résistance de l'un et la puissance de l'autre, combien n'est-il pas essentiel d'étudier aussi la forme et les dimensions du mobile, dont l'exclusion est le but que la nature se propose dans l'accouchement?

Loin de nous la prétention de faire ici des recherches curieuses sur l'origine ou la formation du fœtus; d'ailleurs, de quelle utilité seraient-elles pour la pratique? Nous exposerons donc seulement les principales opinions ou plutôt les rêves de quelques physiciens sur le mystère de la conception ou de la génération dont le fœtus est le produit. Mais nous insisterons davantage sur la grossesse pendant laquelle les rudimens d'un nouvel individu se développent dans la matrice, et de laquelle il importe essentiellement au praticien de bien connaître les signes caractéristiques. Enfin, nous considérerons le fœtus parvenu au terme de sa maturité, ainsi que toutes ses dépendances; nous rechercherons quelle attitude ou forme et quelle situation il prend dans la cavité de la matrice; nous parlerons de ses moyens de nutrition avant la naissance, et nous examinerons avec le plus de précision qu'il nous sera possible le rapport de ses dimensions avec celles de la filière qu'il doit traverser pour venir au monde.

ARTICLE PREMIER.

Des systèmes imaginés pour expliquer la génération ou la formation du fœtus.

Ne serait-ce pas une grande témérité, même une folie, que d'entreprendre de définir la génération, puisque c'est un mystère que les plus grands génies n'ont encore pu dévoiler, pas même concevoir, depuis plus de quarante siècles? On répète sans cesse que c'est une fonction naturelle par laquelle un individu reproduit son semblable; mais explique-t-on par là comment s'opère cette reproduction, ou quel en est le véritable mécanisme? Voilà cependant le nœud de la question qu'il s'agirait de résoudre.

Au reste, cette espèce de définition, loin d'être exacte et rigoureuse, ne convient tout au plus qu'à quelques animaux, tels que les oursins, les étoiles de mer et les polypes, qui se régénèrent seuls et sans accouplement.

Mais il ne s'agit point ici d'étudier les lois que suivent les différentes classes d'êtres pour se reproduire; il suffit au médecin-accoucheur de s'occuper de l'espèce humaine, la seule dont la régénération ait du rapport avec l'art qu'il exerce. Que lui importe, par exemple, de savoir que chez certains mollusques et chez les reptiles qu'on nomme batraciens, tels que la grenouille et le crapaud, la femelle dépose d'abord ses œufs à la surface de l'eau, et qu'ensuite le mâle vient y répandre la semence qui les féconde? Quelle utilité peut-il retirer des observations de Bonnet et des expériences de Spallanzani, de Rossi et de Buffalini, dont le premier assure que la femelle du puceron, une fois fécondée, peut reproduire plusieurs générations, et les autres sont parvenus à déterminer la conception en injectant la liqueur spermatique dans la matrice d'une chienne en chaleur? Les travaux de ces savans naturalistes ont-ils répandu quelque jour sur le mystère de la génération? en est-il moins constant aujourd'hui que cette fonction naturelle exige l'accouplement dans l'espèce humaine, et n'est-on pas encore réduit à rechercher de quelle manière le mâle et la femelle concourent à la reproduction de l'homme?

Cependant, que de systèmes n'a-t-on pas inventés et que de conjectures n'a-t-on pas hasardées pour arriver à la solution de ce problème? Hippocrate parmi les anciens, et après lui Démocrite, Empédocle, Galien et Lucrèce ne voyaient dans les ovaires de la femme que des organes qui fournissaient une liqueur prolifique analogue à celle de l'homme; et, suivant la doctrine de ces philosophes, la formation du fœtus résultait du mélange des deux semences qui avait lieu pendant la copulation.

Aristote, le plus grand génie de son siècle, considérait la semence de la femelle comme une matière qui, modifiée ou vivifiée par celle du mâle, prenait la figure du fœtus; telle qu'un bloc de marbre à qui le ciseau du sculpteur imprime la forme qu'il juge à propos.

Maupertuis, parmi les modernes, en admettant le mélange des deux semences, supposait de l'attraction entre leurs molécules similaires ou destinées à former des parties semblables; opinion

extravagante, si jamais il en fut, qui, en assimilant la génération de l'homme à la formation des sels, la réduisait à une simple cristallisation.

C'était là néanmoins la chimère que Buffon avait adoptée et embellie des charmes de son éloquence ordinaire. Ce célèbre naturaliste regardait la semence du mâle et de la femelle comme un assemblage de molécules organiques vivantes, qui, par leur mouvement continuel et par une sorte d'affinité respective, tendaient toujours à reproduire les parties du corps d'où elles provenaient; en sorte que celles qui étaient fournies par la tête, le tronc, ou les extrémités du père, ne pouvaient s'unir qu'à celles qui venaient des mêmes parties de la mère; conception brillante, si l'on veut, spécieuse et capable de séduire, mais dont l'insuffisance saute aux yeux. Il resterait encore à expliquer la formation des parties sexuelles, si différentes dans les garçons et dans les filles. En vain l'auteur, pour suppléer à ce défaut, imagina-t-il que les molécules émanées d'un sexe fournissaient la base ou le croquis de tout l'édifice, et que celles de l'autre en formaient le complément. Cette hypothèse, au premier coup d'œil, ne paraît ni moins défectueuse, ni moins dénuée de fondement que la première. Comment, en effet, les parties génitales du mâle pourraient-elles compléter celles de la femelle, qui sont entièrement dissemblables? Il arriverait donc alors qu'il n'y aurait point de sexes, ou qu'ils seraient incomplets, si l'on n'aimait mieux les réunir dans le même individu et faire des hommes une classe d'hermaphrodites. Quelle absurdité!

Le système des séministes en général reposait donc sur une trop frêle base pour être admis par les physiologistes. A la vérité, il semblait mieux cadrer qu'aucun autre avec les faits, puisqu'il expliquait la génération des mulets, et cette espèce de nuance ou de ressemblance mitoyenne que les enfans ont avec le père et la mère. Mais il aurait fallu d'autres motifs pour croire au mélange ou à la combinaison des deux semences. Après tout, quelle preuve avait-on de la sécrétion du sperme dans les ovaires? Était-ce le sentiment de volupté que la femme éprouve du côté des trompes, quand elle se livre aux plaisirs de l'amour? mais ce n'est là qu'un effet de la sensibilité, qui est indépendant de toute sécrétion. Aurait-on allégué l'écoulement du fluide qui se répand hors des parties génitales pendant l'acte de la génération? Mais il est des femmes qui ne rendent absolument rien, quoiqu'elles soient excessivement amoureuses.

D'ailleurs, cette liqueur n'est que la mucosité filtrée par les glandes du vagin, et destinée à lubrifier ce conduit: vérité qui avait déjà été pressentie dans la plus haute antiquité, et dont le développement était réservé à la physiologie moderne.

Quoi qu'il en soit, l'opinion des anciens se soutint jusqu'au milieu du seizième siècle; époque où Sténon refusa la vertu prolifique aux ovaires, et ne les considéra plus que comme des organes qui renfermaient de véritables œufs. Cet anatomiste, pour expliquer la génération, supposait qu'un ou plusieurs de ces œufs se gonflaient, après avoir été fécondés par la semence du mâle; qu'ils déchiraient leurs enveloppes, et se rendaient le long des trompes dans la matrice, pour s'y développer jusqu'à la fin de la grossesse.

Il résultait de là que la femme devait fournir le fœtus tout entier, et que la semence du mâle ne faisait qu'en vivifier le germe. Enfin, l'homme ne donnant à l'œuf qu'une sorte d'impulsion vitale, il fallait nécessairement que tous les enfans ressemblassent à leur mère, et jamais à leur père. Dès-lors plus de mulets, ou d'animaux mi-partis; plus de maux héréditaires à redouter de la part du père; conséquences entièrement opposées à l'observation, et bien capables de prouver la futilité d'un tel système.

D'ailleurs, ces prétendus œufs de la femme, qui les a vus? qui les a surpris dans leur passage à travers les trompes? Malpighi, l'un des plus grands fauteurs de cette opinion, croyait les avoir vus une ou deux fois seulement; encore n'était-ce pas dans les vésicules de l'ovaire, comme Sténon l'avait avancé, mais dans la cavité du corps jaune qui se formait sur leurs débris. Vallisniéri, son disciple et son émule, n'avait rien vu de semblable. Haller lui-même, qui a fait tant d'expériences pour tâcher de surprendre la nature sur le fait, n'a rencontré ni œuf ni germe, soit dans l'ovaire, soit dans les trompes, avant le dix-septième jour qui suit l'accouplement.

Mais peut-on croire à l'existence des œufs, quand les défenseurs de cette hypothèse ne sont point d'accord entre eux? Quelques-uns croyaient que tous ces œufs étaient emboîtés les uns dans les autres, et qu'ils allaient toujours en diminuant depuis la première femme dont l'ovaire contenait tous les germes, jusqu'à celle dont l'ovaire ne contiendra plus que le dernier rejeton de l'espèce humaine; en sorte que les œufs de femme, dans le siècle où nous sommes, devraient être imperceptibles par rapport à ceux de la première mère, et cependant énormes par rapport à celui de la dernière. Or, qui pourrait concevoir toutes ces divisions, et calculer les pertes innombrables de tous ces infiniment petits?

D'autres ont soutenu qu'à une certaine époque les œufs se formaient dans l'ovaire, et y demeuraient plus ou moins de temps, en attendant que la semence du mâle vînt les vivifier; semblables aux œufs de la poule, qui ne sauraient éclore sans avoir été fécondés par l'approche du coq.

Malgré cette diversité d'opinions, le système des œufs régna pendant près d'un siècle dans les écoles, et il aurait peut-être encore de la célébrité et de la vogue, si Leuwenhoek n'en avait ébranlé les fondemens. Armé de sa lunette, ce physicien crut apercevoir des milliers d'animalcules dans la semence du mâle. A l'en croire, il avait fait le recensement de ce peuple microscopique, puisqu'il en portait le nombre jusqu'à dix ou douze millions. Il assurait aussi qu'ils étaient oisifs, sans énergie et sans mouvement hors le temps des amours, mais qu'ils frétillaient avec une vivacité incroyable pendant l'orgasme vénérien. Enfin, quelle subtilité dans la vue! il assurait avoir été lui-même témoin de leur accouplement.

Cette prétendue découverte n'eut pas été plus tôt publiée, que la femme perdit la prérogative de fournir le germe de l'espèce humaine, et l'on ne regarda plus les vésicules des ovaires comme des œufs, mais seulement comme de petits nids destinés à recevoir les animalcules qui fourmillaient dans la semence du mâle. Suivant Leuwenhoek, une légion innombrable de ces petits hommes s'élan-

çait pendant le coït dans les parties génitales de la femme; et c'était à qui arriverait le plus vite à la vésicule de l'ovaire qui devait lui transmettre des droits à la vie. Mais, peut-on y penser sans horreur? il n'y en avait qu'un, c'était le plus expéditif et le plus vigoureux, qui parvînt au but, après avoir écarté ou fait périr tous ses compétiteurs; tel qu'un sultan superbe et cruel, qui fait égorger impitoyablement tous ses frères pour monter sur le trône. Ce système est trop absurde, disons mieux, il sent trop la barbarie pour mériter une sérieuse réfutation; l'arme seule du ridicule suffit pour le combattre et le renverser.

Concluons donc que nous ignorons encore comment s'opère la génération, et que les physiciens avec leurs conjectures et leurs systèmes, loin d'expliquer ce mystère, n'ont pas même soulevé le coin du voile qui le cache à nos yeux.

Cependant il s'est trouvé quelques génies qui, dans leurs rêves physiologiques, ont cru avoir dérobé en quelque sorte ce secret à la nature. Pleins de cette illusion, ils se sont vantés de posséder l'art de modifier à leur gré l'acte de la génération, de procréer les sexes à volonté, et même de leur départir les qualités du corps et de l'esprit.

Hippocrate, parmi les anciens, croyant que les mâles provenaient du testicule droit, et les femelles du testicule gauche, avait recommandé de lier l'un de ces organes, lorsqu'on avait intention d'engendrer le sexe contenu dans l'autre; opération inutile et impraticable, parce qu'elle était fondée sur une hypothèse chimérique et extravagante. En effet, combien n'a-t-on pas vu d'individus qui étaient pères de garçons, quoiqu'ils fussent privés du testicule droit? On doit porter le même jugement sur l'opinion d'Aristote, qui attribuait au vent du midi la propriété de favoriser la génération des filles, et au vent du nord celle des garçons.

De nos jours, Millot, pour se conformer au système adopté par les modernes, a imaginé que les œufs mâles étaient contenus dans l'ovaire droit, et les œufs femelles dans l'ovaire gauche; d'où il a conclu que, pour engendrer un garçon ou une fille, il suffisait de faire coucher la femme, pendant le coït, sur le côté correspondant au sexe qu'on désirait. Mais l'expérience et l'observation n'ont-elles pas fait justice de cette futile rêverie et de la conséquence pratique que l'auteur en a déduite? Le docteur Jadelot a ouvert le cadavre d'une femme qui avait mis au monde des enfans de l'un et de l'autre sexe, quoiqu'elle n'eût naturellement qu'un ovaire; on a aussi communiqué à la Société de Médecine un exemple de grossesse extra-utérine, dans laquelle le fœtus ne correspondait point à l'ovaire que son sexe aurait dû occuper, suivant l'opinion de Millot. Enfin, Legallois, après avoir privé des lapines de l'un des ovaires, les a envoyées au mâle, et s'est assuré ensuite qu'elles mettaient bas des petits mâles et femelles.

Claude Quillet est connu par son poème de la *Callipédie,* où il enseigne l'art de faire de beaux enfans; et tout récemment encore Robert a renchéri sur ceux qui l'avaient précédé, en donnant des préceptes sur la manière d'avoir des enfans d'esprit. On ne peut

disconvenir que ces auteurs n'aient donné des preuves de talent et d'érudition; mais leurs ouvrages ne cesseront d'être marqués au coin des romans, tant qu'on verra les enfans dégénérer de la beauté et de l'esprit de leurs ancêtres, ou les surpasser sous ce double rapport.

ARTICLE II.

De l'époque, du lieu et des phénomènes de la conception.

Ce qu'on sait de plus positif relativement à la conception, c'est qu'elle est enveloppée des plus épaisses ténèbres. Les uns la confondent avec la génération, les autres, au contraire, distinguent l'instant où le germe est fécondé d'avec celui où il est conçu, et prolongent même l'intervalle qui sépare ces deux opérations depuis sept heures jusqu'à sept jours. Mais n'est-ce pas là une vaine subtilité, que la pensée peut à peine saisir, et qui n'est d'aucune importance pour la pratique?

Que d'incertitudes encore sur les conditions qui rendent la femme féconde ou habile à concevoir? On regarde ordinairement comme le présage d'une conception assurée l'ardeur avec laquelle le sexe se livre aux jouissances amoureuses, tandis que l'expérience prouve tous les jours le contraire. Personne n'ignore que des femmes, naturellement froides et apathiques, reçoivent sans plaisir les caresses de leurs époux, et font néanmoins plus d'enfans que les autres.

Mais où s'opère la conception? Si l'on considère que le fœtus se développe le plus souvent dans la matrice, on est naturellement porté à croire que ce viscère est aussi le lieu où il a été conçu. Cependant Haller pense, avec la plupart des physiologistes, que cette opération a lieu dans l'ovaire, d'où l'œuf fécondé n'arrive dans la matrice que vers le troisième jour; et il faut convenir que cette opinion, si elle n'est pas absolument vraie, est au moins très-vraisemblable; car les débris de fœtus qu'on a trouvés dans l'ovaire prouvent incontestablement qu'ils y avaient été conçus; et les nombreux exemples de grossesses abdominales ou de fœtus tombés dans l'abdomen sans aucune lésion des trompes, sont encore des faits qu'il serait impossible d'expliquer, si la conception s'opérait toujours dans la matrice. Enfin, l'expérience de Nuck, qui, trois jours après l'accouplement, lia une des cornes de l'utérus sur une chienne, et qui, vingt-un jours après, trouva deux fœtus entre la ligature et l'ovaire, est une preuve sans réplique de la conception extra-utérine.

Quoi qu'il en soit, un des plus grands avantages en pratique serait de distinguer la conception et de la reconnaître d'une manière positive, afin d'éviter les nombreuses et funestes méprises que son incertitude a causées. Mais on n'a encore aucun signe qui la caractérise, et le plus souvent on est réduit à des doutes, quand il s'agit de décider si la copulation a été féconde ou stérile. Les auteurs même les plus recommandables ont laissé cette importante question dans une obscurité qu'il est impossible d'éclaircir.

Si l'on en croit Hippocrate, la femme qui conçoit éprouve un frémissement involontaire qui la fait tressaillir, et un sentiment

de volupté excessive, auquel succède un état de langueur générale ; ses yeux, devenus plus caves et moins brillans, s'entourent d'un cercle bleuâtre, et son visage se couvre d'un masque plus ou moins étendu qui en ternit l'éclat.

Selon Galien, le moment de la conception est marqué par une espèce de spasme ou de resserrement intérieur. On rapporte aussi que certaines femmes éprouvent une chaleur ardente quand elles conçoivent, tandis que d'autres ressentent, dans les premiers jours qui suivent la copulation, une espèce de mouvement le long des trompes utérines avec de petites coliques dans l'hypogastre.

Mais on ne peut rien conclure de tous ces signes, puisque l'observation atteste qu'ils n'existent pas chez toutes les femmes, et que la plupart sont communs à la conception et à l'écoulement des règles. D'ailleurs, cette sensation intérieure de frémissement, de chaleur et de volupté, le médecin-accoucheur ne peut la connaître que par l'aveu de la femme qui l'éprouve; or où est souvent la certitude qu'elle n'a aucun intérêt de le tromper?

Il faudrait donc pouvoir s'en rapporter à des phénomènes extérieurs et sensibles, tels que les changemens dans la forme, le volume, la température ou la couleur de certaines parties du corps; mais ce sont là des signes tout aussi incertains que les autres. Pour un seul cas où ils ont fait connaître la conception, on en citerait une infinité d'autres où ils ont induit en erreur. A la vérité, le cynique Démocrite d'Abdère reconnut, dit-on, par la seule inspection du cou, qu'une jeune fille, compagne d'Hippocrate, venait de perdre sa virginité. On rapporte aussi qu'un moine de Prague reconnaissait les personnes à l'odorat comme on les connaît à la vue, et qu'il distinguait la vierge d'avec celle qui avait été déflorée. Enfin, dans les *Essais sur Paris*, il est question d'un aveugle qui connut qu'une de ses filles s'était livrée à son amant. Mais quels sont les accoucheurs ou les gens de l'art dont les organes des sens sont assez déliés ou assez subtils pour faire de pareils tours de force ?

ARTICLE III.

De la grossesse et de ses signes.

On donne le nom de grossesse à l'état de la femme depuis qu'elle a conçu jusqu'à ce qu'elle accouche.

Considérée par rapport au produit de la conception, elle se divise en vraie et en fausse ou apparente. Dans la grossesse vraie, la matrice renferme un ou plusieurs fœtus, et dans la fausse grossesse ce viscère ne contient que de l'eau, de l'air, du sang, des glaires, des concrétions polypeuses, une mole, des hydatides, des calculs, etc.

Si l'on a égard au lieu que la grossesse occupe, on la distingue en utérine et en extra-utérine, selon que le fœtus se développe dans la matrice ou hors de ce viscère; dans le dernier cas, elle peut encore se subdiviser en grossesse de la trompe, de l'ovaire ou de l'abdomen. La grossesse utérine porte aussi le nom d'extra-pelvienne ou extra-abdominale, quand la matrice, chargée du

produit de la conception, est hors du bassin et de la vulve. C'est ce qu'on observe dans les cas de procidence ou chute complète de la matrice. Le docteur Breschet a aussi rapporté un cas de grossesse où le fœtus, sans être dans la cavité de la matrice, n'était pas cependant tout-à-fait hors de ce viscère; car, après être parvenu à l'extrémité interne de la trompe, il s'était développé dans l'épaisseur des parois utérines.

Enfin, la grossesse est simple quand il n'y a qu'un fœtus, double quand il y en a deux, triple quand il y en a trois, etc. On dit aussi qu'elle est compliquée, quand la matrice, outre le fœtus, contient une grande quantité d'eau, des hydatides, un polype, une mole.

Un des points les plus essentiels, et peut-être les plus difficiles en pratique, est de bien connaître la grossesse quand elle existe, pour la distinguer d'avec toutes les affections pathologiques qui peuvent la simuler. Mais quelle habitude, quelle prudence et souvent quelle adresse l'homme de l'art ne doit-il pas avoir alors pour éviter la méprise ou l'erreur, et peut-être aussi les piéges qu'on lui tend! Ici, c'est une femme qui ne consulte que pour dissiper quelques doutes ou quelques craintes, ou simplement pour satisfaire une vaine curiosité; là, c'est une nourrice qu'on soupçonne d'être enceinte, parce que l'enfant qu'elle allaite, loin de croître, vient à dépérir; ailleurs, une fille débauchée et pleine de mauvaise foi, cherchant à se débarrasser d'un fardeau qui l'incommode, et qu'elle ne peut attribuer qu'à un amour illicite et clandestin, va furtivement solliciter des remèdes pour une fausse hydropisie ou pour quelques prétendus dérangemens de la menstruation. Une femme, naturellement vindicative, vient-elle à être maltraitée, se déclare enceinte, pour se faire accorder une plus grosse indemnité; une autre, plus astucieuse ou plus jalouse encore, prétexte une grossesse pour hâter son mariage avec un amant dont elle craint l'inconstance ou l'infidélité. Tantôt la justice invoque les lumières de la médecine, avant de prononcer sur la réclamation d'une jeune veuve sans enfans, qui ne feint d'être grosse que pour retenir ou usurper les biens de son époux, et pour en priver d'avides collatéraux; tantôt c'est une femme scélérate et chargée de crimes, qui, afin de suspendre le glaive de la loi prêt à la frapper, s'intéresse et demande grâce pour le fruit qu'elle prétend porter dans son sein, espérant par là de se soustraire au supplice qu'elle a mérité. Dans toutes ces occasions, l'accoucheur ou le médecin doit nécessairement se tenir en garde contre l'erreur, et prendre les plus grandes précautions pour ne compromettre ni sa réputation, ni l'intérêt de la société, ni le salut de la femme qui le consulte, ou celui de l'enfant qui a déjà reçu l'existence, sans avoir encore vu le jour.

Mais il s'en faut bien que les phénomènes qui se manifestent pendant la grossesse donnent tous la même certitude, pour en confirmer l'existence. Il en est qui la font seulement présumer; d'autres qui la rendent vraisemblable, et quelques-uns qui la mettent hors de doute ou d'équivoque. Les premiers, dont le nombre est presque

incalculable, s'observent immédiatement après la conception ou dans les premiers mois de la grossesse, et se déduisent de certaines légères incommodités que la femme éprouve; les seconds, beaucoup moins nombreux, sont relatifs aux divers changemens qui surviennent, soit dans la matrice, soit dans le bas-ventre, et deviennent de plus en plus sensibles, à mesure que la grossesse avance; enfin les derniers, qui sont les seuls caractéristiques, ne s'acquièrent que par le toucher, et tiennent aux mouvemens du fœtus.

SECTION PREMIÈRE.

Des signes qui font seulement présumer la grossesse.

Il suffit de connaître les lois qui régissent l'économie animale, et surtout l'influence que la matrice exerce sur tout l'organisme en général, pour se former une idée des changemens que la grossesse doit apporter dans les propriétés vitales et dans les fonctions soit intérieures ou nutritives, soit extérieures ou de relation.

Que de dérangemens, que d'irrégularités dans la digestion! le plus souvent ce sont des nausées plus ou moins incommodes, accompagnées de mal d'estomac, de chaleur ardente dans le gosier et l'œsophage, de soif, de borborygmes, de flatuosités, de diarrhée ou de constipation. Quelquefois des vomissemens convulsifs permettent à peine de garder quelques alimens solides ou liquides; d'autres fois, l'appétit devient insatiable ou se déprave à un tel point, qu'il ne recherche que les substances les plus bizarres et les moins propres à servir de nourriture telles que la craie, la pierre broyée, le charbon, le plâtre, la terre, les araignées, le vieux linge, le sel, le poivre, le poisson pourri, les liqueurs fermentées et alcooliques. On cite deux femmes, dont l'une voulait absolument qu'on lui servît à manger l'épaule d'un boulanger qu'elle avait vu en passant; et l'autre ne trouvait pas de plus grand délice que d'introduire le canon d'un soufflet dans sa bouche, et d'avaler à longs traits le vent qui en sortait. On rapporte qu'une femme mangea quatorze ou quinze cents harengs salés, pendant le terme de sa grossesse. Nous avons connu deux dames, dont l'une ne s'abreuvait que d'eau-de-vie et de liqueurs spiritueuses, et l'autre ne vivait que de poivre long qu'elle avalait à poignées, de café pur, et de salade qu'elle assaisonnait avec du vinaigre seul.

La respiration participe aussi à cette espèce de bouleversement général. Des quintes de toux plus ou moins sèches et presque toujours convulsives, des hoquets, des bâillemens, des soupirs; le resserrement de la poitrine, l'oppression, l'haleine courte, chaude, sifflante, plus ou moins sonore; la voix aiguë, perçante, grave, rauque, plaintive, tremblante; le besoin imaginaire ou réel de changer d'air à tout instant, crainte de suffocation; voilà encore des incommodités qui tourmentent certaines femmes durant les premiers mois et quelquefois tout le temps de la grossesse.

Point d'uniformité ou de régularité dans la circulation. Le pouls est tantôt plein, fort, dur, accéléré; tantôt, au contraire, lent, mou, faible, petit, imperceptible, inégal, intermittent. Les veines

se gonflent, ou disparaissent, et s'enfoncent dans le tissu cellulaire; celles des extrémités inférieures deviennent souvent variqueuses, surtout lorsque la grossesse est un peu avancée. Certaines femmes éprouvent des palpitations de cœur insupportables, d'autres tombent en syncope au moindre mouvement. Le sang tiré des veines paraît plus ou moins rouge, plus ou moins séreux, et offre souvent une couenne inflammatoire plus ou moins épaisse et plus ou moins dense. Ce liquide se porte avec violence vers certaines parties du corps d'où il s'échappe par les vaisseaux exhalans; de là différentes espèces d'hémorrhagies. Le visage est plus ou moins coloré. L'écoulement périodique du sang menstruel se supprime pour l'ordinaire pendant tout le temps de la grossesse; il n'est pas néanmoins très-rare que des femmes répandent quelques gouttes de sang dans les premiers mois, qu'elles soient même réglées comme auparavant jusqu'à leur terme.

Mêmes changemens dans les sécrétions et les excrétions. La plupart des femmes pâlissent dès qu'elles sont grosses, et leur tissu cellulaire semble s'infiltrer; on dirait qu'elles sont plus lymphatiques qu'à l'ordinaire; leurs extrémités inférieures et les parties génitales externes deviennent œdémateuses. On en voit aussi dont la peau prend une teinte brune, jaune ou ictérique; et d'autres dont le visage se couvre de plaques ou taches plus ou moins étendues. L'urine est plus limpide, quelquefois sédimenteuse. Les mamelles se gonflent et deviennent plus sensibles; leurs aréoles s'étendent et se rembrunissent; les mamelons se redressent et donnent du lait ou une humeur séreuse qui en a l'apparence. La surface de la peau est sèche, froide, rugueuse, bourgeonnée; d'autres fois, unie, couverte de moiteur, et d'une température plus ou moins élevée, plus ou moins variable. La vulve et le vagin sont secs ou inondés de mucosités. Quelquefois la salive coule à flots, et détermine un ptyalisme ou crachotement insupportable. Nous avons donné des soins à une dame très-nerveuse qui a été affectée de cette dernière incommodité depuis la conception jusqu'après l'accouchement.

La nutrition est plus ou moins dérangée; certaines femmes perdent leur fraîcheur et leur embonpoint au commencement de la grossesse, et ne les recouvrent que vers le sixième ou le septième mois; il en est qui maigrissent et semblent dépérir depuis la conception jusqu'à l'accouchement; leur ventre s'aplatit, leur visage se décompose, se flétrit et se couvre de rides; d'autres, au contraire, jouissent d'une brillante santé pendant qu'elles sont enceintes, et paraissent plus languissantes dans les intervalles.

La grossesse influe aussi sur les organes de la locomotion. On voit des femmes qui, dès qu'elles ont conçu, deviennent indifférentes pour le mouvement. Elles tombent dans un tel état d'inertie, d'engourdissement et même de faiblesse, qu'elles ne soupirent qu'après le repos; il faudrait leur faire violence pour les déterminer à prendre le plus léger exercice. Il y en a qui éprouvent des accès d'hystérie bien manifestes. Nous avons donné des soins à deux dames dont la grossesse était digne de compassion; l'une était

affectée de violentes convulsions qui revenaient périodiquement tous les mois, et l'autre avait été saisie d'une telle rigidité tétanique, presque immédiatement après la conception, qu'elle ne pouvait exercer aucun mouvement ; son corps était extrêmement courbé en devant, et formait un arc qui ne se redressa qu'au moment où elle sentit les premières douleurs pour accoucher.

Les fonctions des sens extérieurs ne sont pas sujettes à moins d'irrégularités. La vue se trouble ou s'obscurcit ; les femmes croient voir des insectes ou des bluettes ; tout ce qui les environne semble tourner autour d'elles ; quelquefois la lumière la plus douce les fatigue et les incommode. L'audition devient plus ou moins difficile, les oreilles retentissent ou bourdonnent. L'odorat se perd, et ne peut supporter que certaines odeurs. Le goût s'altère quelquefois au point de trouver douces comme du miel et du sucre, les substances les plus aigres et les plus piquantes, telles que le vinaigre, le sel ou le poivre : c'est ce que nous avons observé chez une dame enceinte de six mois. Le tact s'émousse ou devient plus subtil ; le sommeil est tantôt profond, tantôt agité par des rêves ou des visions fantastiques.

Les facultés de l'entendement et les affections de l'âme ne sont plus dans l'état ordinaire ; l'esprit est plus lourd, plus abattu ; souvent l'imagination s'exalte, les passions se réveillent, et le caractère s'aigrit. Moins de sûreté dans le jugement ; moins de force dans la volonté, moins de constance dans le sentiment. Certaines femmes passent de la tristesse à la joie, de l'amour à la haine avec une mobilité incroyable : d'autres, profondément occupées de la même idée, deviennent soupçonneuses, jalouses, même cruelles.

Tel est le tableau des divers phénomènes qui s'observent, ou des changemens que la femme éprouve tant au physique qu'au moral pendant le cours de la grossesse? Mais quelle induction peut-on en tirer quand on sait qu'ils n'ont ni continuité ni régularité? Ils n'existent ni chez toutes les femmes, ni dans toutes les grossesses ; enfin ils peuvent être occasionés par une infinité de causes différentes, telles que l'écoulement ou la suppression des règles, les anomalies nerveuses auxquelles le sexe est si sujet, les vices organiques ou maladies chroniques des parties génitales, et surtout de la matrice et des ovaires, etc.

Cependant, quoique ce ne soient là que des signes fort équivoques ou incertains, il serait très-imprudent de ne pas les prendre en considération, quand on est consulté par la femme qui les éprouve. Le parti le plus sûr alors est de présumer la grossesse, ou de se tenir au moins dans les bornes d'un doute raisonnable, pour ne rien précipiter et ne rien hasarder. Avec de telles précautions on gagne du temps ; la grossesse, si elle existe réellement, ne tarde pas à se manifester par des caractères plus positifs, et on n'a point à se reprocher d'avoir administré des remèdes violens et homicides qui peuvent procurer l'avortement, ni d'avoir porté une décision qui peut faire partager à un fœtus innocent le supplice d'une coupable mère : méprises scandaleuses que d'ignorantes matrones et des médecins téméraires ont commises du temps de Riolan et de Mauriceau.

SECTION II.

Des signes qui rendent la grossesse vraisemblable.

Jusqu'ici nous n'avons considéré que des phénomènes ou effets généraux qui tiennent à la sympathie de la matrice avec toute l'économie en général, et nous avons vu qu'ils ne donnaient que de faibles présomptions en faveur de la grossesse. Nous examinerons maintenant les changemens particuliers que la matrice elle-même éprouve, et nous pèserons aussi le degré de confiance qu'ils peuvent inspirer, quand il s'agit de vérifier si cet organe contient le produit de la conception.

D'abord, un fait qu'aucun physiologiste n'a jamais révoqué en doute, c'est que la conception ne saurait avoir lieu sans augmenter les propriétés vitales du système utérin. Il s'y développe alors une nouvelle sensibilité, la femme y éprouve plus de chaleur et de ton; elle y sent aussi plus de pesanteur. On dirait, en un mot, que le germe excite la vie des organes qui doivent contribuer à son accroissement, et avec lesquels il doit pour ainsi dire s'identifier pendant neuf mois.

Cela posé, jetons un coup d'œil rapide sur les phénomènes que la matrice présente depuis le commencement jusqu'à la fin de la grossesse. D'abord, quels changemens dans son volume et dans sa forme ! Ce viscère qui, dans l'état ordinaire, n'occupe guère qu'un point dans le bassin, n'a pas plus tôt senti l'impression du nouveau germe, qu'il commence à s'élever et à s'agrandir. Ses progrès sont même si rapides, que dans l'espace de neuf mois il remplit tout le bas-ventre, et semble empiéter encore sur la capacité de la poitrine; l'intestin, l'épiploon, l'estomac, etc., sont pressés, refoulés, quelquefois même forcés de s'élancer hors de leur enceinte pour lui céder l'espace. Avant la conception, ce n'était qu'un corps triangulaire et légèrement aplati, qui avait tout au plus trente lignes de long sur un pouce et demi de large, et un pouce d'épaisseur; au terme de l'accouchement, c'est un ovoïde dont le volume est onze fois ou onze fois et demie plus considérable. A cette époque, il a environ un pied de longueur et sept à huit pouces d'épaisseur en tous sens.

Mais cet accroissement ne s'opère pas d'une manière brusque, uniforme et régulière; il est lent, imperceptible ou peu sensible dans le commencement de la grossesse, tandis que vers le milieu il marche avec une rapidité qui étonne, tant elle paraît incompatible avec la résistance que lui oppose le tissu de la matrice. Dans les deux premiers mois qui suivent la conception, ce viscère ne sort pas encore de la cavité du petit bassin; il semble au contraire qu'il s'y enfonce davantage, en se rapprochant de la vulve et du périnée; dans ce cas-là, des chirurgiens inexpérimentés, ignorans ou inattentifs, ont cru qu'il était dans l'état de relâchement ou de chute incomplète, et ont conseillé, même appliqué des pessaires pour soulager les femmes d'une incommodité qu'elles n'avaient point. Mais à la fin du troisième mois, le fond de la matrice est au niveau du détroit supérieur, qu'il déborde de plusieurs travers de doigt

à la fin du quatrième. A cinq mois révolus, on le sent à deux doigts au-dessous de l'ombilic; il répond à l'anneau quinze jours après, et s'élève de deux doigts au-dessus vers la fin du sixième mois. Au septième, il arrive dans la région épigastrique, et vers la fin du huitième, on le trouve dans le creux de l'estomac. Pendant le neuvième mois, le fond de la matrice reste stationnaire, et semble même quelquefois perdre de sa hauteur, parce que le ventre s'affaisse presque constamment à cette époque.

La figure de la matrice n'offre ni moins de lenteur, ni moins d'irrégularité dans ses changemens. Elle s'arrondit en tous sens au commencement de la grossesse; mais elle s'allonge ensuite plus qu'elle ne s'élargit, pour s'arrondir encore vers la fin, sans néanmoins perdre la forme ovoïde qui lui paraît naturelle.

Cette échelle de graduation ne saurait cependant suffire pour déterminer précisément les dimensions et la figure de la matrice; car, à une époque quelconque de la grossesse, elles ne sont jamais les mêmes chez tous les individus, ni dans les différentes grossesses de la même femme, soit à cause des accroissemens variables du fœtus et de ses dépendances, soit à cause de la quantité plus ou moins grande des eaux de l'amnios.

Une observation non moins curieuse qu'importante pour le praticien, c'est que, pendant les six premiers mois de la grossesse, le corps et le fond de la matrice contribuent seuls à son développement, tandis que le col résiste encore et conserve pour l'ordinaire sa consistance et ses dimensions. Dans les trois derniers mois, au contraire, c'est un ordre tout différent; alors le corps et le fond se distendent moins, et le col à son tour commence de contribuer à l'ampliation de la matrice; il perd peu à peu de sa longueur, il s'amincit insensiblement, et offre chaque jour plus de souplesse. Enfin, vers le commencement du neuvième mois, il est presque entièrement effacé, et la matrice n'acquiert guère plus d'accroissement jusqu'au temps du travail.

A quels raisonnemens ou plutôt à quelles subtilités le physiologiste n'a-t-il pas eu recours pour expliquer ce phénomène? D'abord, le scalpel à la main, il a vu que le tissu du col utérin était plus ferme et plus dense que celui du corps. De là, son imagination n'a pas manqué de conclure que, pendant le temps de la grossesse, il s'établissait entre les fibres utérines une espèce de lutte dans laquelle celles du col, plus serrées et plus fortes, avaient l'avantage pendant les six premiers mois, et cédaient ensuite à la réaction du corps et du fond, ainsi qu'au poids du fœtus devenu plus volumineux. Une conséquence nécessaire de cette hypothèse, était que l'accouchement ou l'expulsion du fœtus et de ses dépendances ne pouvait avoir lieu sans que l'équilibre fût rompu entre les fibres de la matrice, et sans que celles du corps et du fond eussent acquis la supériorité sur celles du col. Il résultait aussi du même principe que la naissance devait être prématurée ou tardive, selon que ce prétendu équilibre se rompait avant ou après le terme ordinaire de la grossesse; théorie purement mécanique, plus spécieuse que solide, et à laquelle il suffit d'opposer l'observation pour

la renverser. Il est de fait, et tous les praticiens peuvent l'attester, que le col de la matrice commence quelquefois de s'amollir à son extrémité inférieure ou vaginale, tandis que le cercle de sa base présente encore un bourrelet très-dur et très-compacte au toucher. Or, cela pourrait-il se concevoir en supposant une lutte dans laquelle les fibres du col les plus voisines du corps devraient être attaquées et vaincues les premières? Il est encore de fait que la matrice se développe, et que son col s'efface, suivant la même loi, dans la grossesse simple et dans la grossesse composée; ce qui ne peut se concilier avec le système d'action et de réaction entre les fibres du corps et celles du col. Enfin, personne n'ignore que l'orifice utérin commence quelquefois à se dilater avant l'accouchement; que, pendant le travail, les contractions de la matrice ne sont jamais uniformes et continues, mais plus ou moins rapides et plus ou moins énergiques; que le délivre ou arrière-faix ne suit presque jamais immédiatement le fœtus, et que, dans le cas de jumeaux, le dernier n'est quelquefois expulsé que long-temps après le premier. Comment donc expliquera-t-on cette progression dans le travail de l'enfantement, si l'on suppose que la rupture ou défaut d'équilibre entre les fibres du corps et du col, est la cause qui le détermine. Dans cette hypothèse, la femme ne devrait-elle pas accoucher aussitôt que la résistance du col est surmontée, et expulser en même temps un ou plusieurs fœtus avec toutes leurs dépendances?

Quoi qu'il en soit, la matrice ne se développe et ne s'agrandit qu'en changeant pour ainsi dire d'organisation. C'est une nouvelle structure, un nouveau mode de circulation et de sécrétion, en un mot, une nouvelle vie. Dans l'état ordinaire, cet organe n'offre qu'une masse serrée, dense, blanchâtre, presque cartilagineuse, dont les fibres flexueuses forment un lacis inextricable; on y distingue à peine quelques vaisseaux sanguins. Mais à mesure que la grossesse avance, le tissu en devient plus mou, plus souple et plus rouge; les vaisseaux dont il est arrosé se déroulent, se redressent, s'allongent et acquièrent plus de calibre; enfin, au terme de l'accouchement, les sinus utérins égalent la grosseur du petit doigt, et les lymphatiques eux-mêmes celle d'une plume à écrire. Quel merveilleux accroissement! aussi la matrice reçoit-elle tous les jours progressivement plus de sang ou de liquides, jusqu'à ce qu'elle commence de se contracter pour expulser le fœtus; et, dès que le travail est terminé, son tissu se resserre, ses fibres se replient, ses vaisseaux se recourbent et deviennent plus anguleux; ils perdent de leur calibre, et reçoivent par conséquent moins de sang. De là résulte la diminution progressive des lochies; de là aussi la brillante et ingénieuse théorie sur laquelle Puzos a fondé la méthode d'arrêter les pertes avant et après l'accouchement.

Mais poursuivons : les changemens que la matrice éprouve par rapport à son action ont encore de quoi nous étonner, tant ils paraissent incroyables. Inactive et presque inerte avant la grossesse, elle ne jouit que d'une faible ou médiocre tonicité, telle qu'on l'observe dans les tissus blancs ou dans les glandes sécrétoires; la

sensibilité en paraît même presque nulle, à moins que l'impression de quelque virus ou de toute autre cause externe ne vienne la réveiller, et y produire quelquefois des douleurs plus ou moins aiguës. Mais à peine ce viscère a-t-il reçu le produit de la conception, que sa sensibilité s'exalte jusqu'à l'éréthisme, et sa tonicité jusqu'à la contractilité musculaire. Cette dernière propriété semble même alors indépendante de la vie des autres organes, puisqu'elle subsiste encore lorsqu'ils n'exercent plus aucune action. L'observation atteste que la matrice a quelquefois conservé assez de force pour revenir sur elle-même et pour expulser le fœtus, quoique la femme fût tombée en défaillance et qu'elle eût même cessé de vivre.

Ce n'est donc pas à la vessie urinaire ni à une boule de cire qu'il faut comparer la matrice, pour en expliquer la distension durant la grossesse, comme l'ont fait Galien et Avicenne, et après eux Vésale et Mauriceau. Tout rejette un pareil rapprochement; là ce sont des cavités qui s'amincissent en se dilatant, et qui semblent céder à une force étrangère; ici, au contraire, c'est un organe éminemment érectile qui, par une activité propre et naturelle, s'agrandit, en conservant à peu près la même épaisseur; on dirait que la matrice, en proportionnant sa capacité aux accroissemens du fœtus, se met aussi en mesure pour l'expulser quand il en sera temps. Qu'on ne croie pas cependant qu'il y ait ici de nouvelles fibres qui s'engendrent, ni de nouvelles parois qui s'appliquent aux premières; la ténuité de la matrice chez une femme qui succombe à une hémorrhagie, suffit pour écarter ce paradoxe; ce sont toujours les mêmes fibres qui s'allongent sans perdre de leur grosseur, et les mêmes parois qui s'élargissent sans s'amincir. Admirable chef-d'œuvre de la nature, vrai miracle physiologique, dont on entrevoit la raison dans les changemens que la matrice éprouve pendant la grossesse! car ce viscère ne peut recevoir une plus grande quantité de liquides, sans recevoir en même temps un surcroît de suc nutritif, qui compense ou répare ce que la distension des parois pourrait ôter à leur épaisseur.

Mais une preuve presque démonstrative que la matrice n'est pas entièrement passive durant la grossesse, et que son expansion n'est pas seulement l'effet d'un liquide qui en écarte les parois, c'est que ce viscère, aussitôt après la conception, s'agrandit, se dilate et s'épaissit, avant que le fœtus y paraisse d'une manière sensible, et même lorsqu'il se développe ailleurs, comme dans le cas de grossesse extra-utérine. Bertrandi a ouvert la matrice de plusieurs femmes qui avaient péri dans les premières semaines de la grossesse, et il en a toujours trouvé la cavité plus ample qu'à l'ordinaire, quoique l'œuf n'y adhérât encore nulle part. Dans une circonstance, le fœtus était contenu dans la trompe gauche, et la matrice, quoique vide, avait acquis trois fois plus de volume. Santorinus rapporte des observations semblables, et Hartmann assure avoir observé le même phénomène chez les animaux dont la matrice se dilate dans toutes ses cornes, quoiqu'il n'y en ait qu'une de fécondée. Enfin, Weinknecht rapporte une observation de grossesse tubaire où la matrice était non-seulement plus ample et

plus épaisse, mais encore revêtue d'une membrane lâche, pulpeuse et semblable à la caduque de Hunter. Après des faits aussi positifs, pourrait-on refuser à la matrice une force propre et active, qu'on accorde à plusieurs autres organes, à l'iris, au mamelon, au corps caverneux, au cœur; une force dont jouissent probablement tous les muscles qui ne sont point soumis à la volonté?

Enfin, parmi les changemens que la matrice éprouve durant la grossesse, il nous reste à examiner encore celui qui est relatif à sa situation et d'où dépend son obliquité, phénomène que les anciens n'avaient point méconnu, mais dont personne n'a eu la gloire de développer la théorie comme Deventer. Chargée du produit de la conception, la matrice ne peut pas sortir de la cavité pelvienne en s'élevant parallèlement à la colonne rachidienne; la saillie du sacrum et la convexité des vertèbres lombaires s'y opposent; elle est donc forcée de suivre l'axe du détroit abdominal jusque vers le milieu de la grossesse. A cette époque, les enveloppes du bas-ventre, d'autant plus relâchées qu'elles ont été plus distendues par les grossesses précédentes, ne peuvent plus résister à la pression qui les repousse, et laissent tomber le fond de la matrice en avant, sur la vulve, sur les cuisses, quelquefois jusqu'aux genoux. Ce déplacement devient presque insupportable, quand il est aussi excessif; il oblige alors la femme de se redresser, et de se renverser pour ainsi dire en arrière; ce qui l'expose chaque instant à perdre l'équilibre, si elle n'a la précaution de relever et de soutenir l'abdomen avec un suspensoir.

On conçoit donc pourquoi l'obliquité antérieure de la matrice est si fréquente et même constante. C'est un effet en quelque sorte naturel de la conformation du bassin, qui offre une large échancrure au-dessus du pubis, et dont le détroit abdominal ainsi que son axe s'inclinent en devant.

Il est néanmoins des femmes dont les muscles abdominaux offrent tant de résistance, surtout dans une première grossesse, que la position de la matrice reste toujours verticale, et semble même faire croire à une obliquité postérieure; mais cette méprise devient impossible, si on réfléchit à la circonstance où la femme se trouve alors, et à la cause qui produit l'illusion. D'ailleurs, pour admettre cette espèce d'obliquité, ne faudrait-il pas supposer avec Levret que le sacrum et la colonne lombaire, au lieu de faire saillie en avant, reculent et s'enfoncent en arrière? Vice de conformation qu'on ne peut concevoir, puisqu'il est entièrement opposé aux causes qui altèrent la structure naturelle du bassin.

Une autre espèce d'obliquité non moins fréquente, est celle qui fait pencher le fond de la matrice à droite; on l'observe à peu près quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, et on la rencontre même chez le plus grand nombre des femmes dans le commencement de la grossesse, lorsque la matrice n'a pas encore débordé le petit bassin. Les causes de cette déviation tiennent, au moins dans les premiers mois, au rectum et à l'extrémité inférieure du colon; ces deux portions de l'intestin situées à gauche, et distendues à certaines époques du jour par des matières stercorales, forment

un bourrelet plus ou moins volumineux qui repousse le globe utérin à droite. Cette direction est encore favorisée par les efforts que la femme fait pour rendre les selles, et par la forme sphérique de la matrice qui ne peut rester long-temps appliquée sur l'angle saillant et arrondi du sacrum.

On n'observe que fort rarement l'obliquité latérale gauche de la matrice, et les causes n'en sont pas faciles à indiquer. Peut-être ne se manifeste-t-elle, comme le prétend le docteur Gardien, que lorsque le fond de ce viscère, fortement retenu par les enveloppes du bas-ventre, est parvenu à la seconde ou troisième vertèbre lombaire; à cette époque il n'est plus rejeté à droite par le rectum, et il s'incline indistinctement de l'un ou de l'autre côté. Il semble néanmoins que l'intestin qui tend toujours à se porter vers la fosse iliaque gauche, à cause de la direction du mésentère, devrait encore alors déterminer l'obliquité latérale droite. D'ailleurs, le fond de la matrice ne s'incline-t-il jamais à gauche avant d'atteindre la hauteur des vertèbres lombaires? C'est ce qu'il faudrait examiner.

Malgré cette incertitude, l'explication que nous avons donnée des différentes espèces d'obliquité utérine doit faire rejeter les causes auxquelles des auteurs du plus grand mérite l'avaient attribuée. Tels sont l'habitude que la femme prend de se coucher constamment sur le même côté pendant la grossesse; le relâchement des ligamens qui assujétissent la matrice d'un côté ou de l'autre; une tumeur plus ou moins volumineuse dans l'ovaire ou dans l'abdomen. A la vérité, ces causes, quand elles existent, peuvent contribuer à l'obliquité de la matrice d'une manière accessoire. Mais comment pourraient-elles la produire constamment, attendu qu'elles se rencontrent des deux côtés du bassin, tandis qu'au contraire, la matrice s'incline presque toujours à droite et en avant.

Attribuerons-nous, avec Levret, l'obliquité de l'utérus à l'insertion du placenta sur les côtés de ce viscère? Mais alors comment expliquerons-nous ce phénomène, lorsque le placenta correspond au fond ou au col de la matrice? Comment expliquerons-nous l'obliquité presque constante à droite et en avant, tandis que le placenta s'insère également à droite, à gauche et en arrière? En général, toute cause doit être rejetée, lorsqu'elle n'a pas une analogie directe avec l'effet qu'on veut expliquer.

La vue suffit quelquefois pour reconnaître l'obliquité de la matrice, au moins quand la grossesse est un peu avancée. Mais, dans le commencement, on ne peut guère en déterminer l'espèce ni l'étendue, qu'en palpant l'abdomen de la femme, pour s'assurer de l'inclinaison du fond, et en introduisant le doigt indicateur dans le vagin, pour examiner la direction du col. Toutefois, dans ces recherches, il faut surtout éviter la précipitation, et ne jamais juger de la situation du col par celle du fond, ni réciproquement. Car, s'il est vrai que les deux extrémités de l'axe utérin, comme celles d'une bascule, s'inclinent le plus souvent en sens contraire, il n'est pas néanmoins très-rare que le col de la matrice se torde et se recourbe sur le corps comme le bec d'une cornue, pour rester

au centre du bassin, ou même pour se diriger du même côté que le fond.

Les suites de l'obliquité sont plus ou moins incommodes, selon qu'elle est plus ou moins considérable, et que la grossesse est plus ou moins avancée. En effet, la matrice ne peut s'incliner vers un côté quelconque, sans presser, tirailler, et distendre les enveloppes de l'abdomen qu'elle rencontre, ni sans comprimer les nerfs et les vaisseaux qui s'y ramifient; de là des douleurs plus ou moins aiguës dans les aines et dans les lombes, l'engourdissement, l'infiltration et l'état variqueux du membre qui corrrespond à l'obliquité, la contusion et la phlegmasie des parties génitales, si elles se trouvent sous le globe utérin. Mais ce sont là des accidens peu fâcheux et presque nuls, en comparaison de ceux qui menacent la femme pendant le travail de l'accouchement, et dont nous parlerons dans la suite.

Enfin, si aux changemens que la matrice éprouve dans son volume et sa forme, dans son action, sa structure et sa situation, nous ajoutons maintenant ceux qui ont rapport à ses dépendances, tels que la dilatation, l'allongement et l'humidité du vagin, le gonflement en quelque sorte œdémateux des grandes lèvres et de la vulve, nous aurons le tableau complet de tous les phénomènes sensibles qu'on observe dans le système utérin, depuis la conception jusqu'au terme de l'accouchement. Mais ce ne sont encore là que des signes équivoques; ils n'indiquent pas plus la grossesse qu'une hydropisie ou une tympanite utérine, au moins dans les premiers mois qui suivent la conception; car, pendant cette période, la matrice éprouve à peu près les mêmes changemens, soit qu'elle renferme un fœtus, soit que la distension de ses parois tienne à la présence d'une mole, à un amas d'hydatides, à de l'air, etc. Il faut donc attendre, pour acquérir plus de probabilités, jusqu'au milieu de la grossesse, époque où les anomalies générales que la femme éprouve après la conception commencent pour l'ordinaire à disparaître, et où le bas-ventre, s'élevant en pointe vers le nombril, laisse une espèce de vide du côté des lombes. C'est alors seulement que les changemens du système utérin de l'abdomen donnent à la grossesse un air de vraisemblance. Mais il s'en faut bien qu'on en ait encore une certitude complète; on ne l'acquiert qu'à l'aide de signes plus positifs et plus sûrs dont il nous reste à parler.

SECTION III.

Des signes caractéristiques de la grossesse.

La conception ordinaire suppose nécessairement un germe qui se développe dans la matrice, et dont il suffit de reconnaître la présence pour avoir la certitude de la grossesse. C'est là pour ainsi dire la pierre de touche ou le moyen sans lequel il est impossible d'éviter la méprise et de constater la vérité, dans une matière aussi délicate et aussi importante.

Au commencement de la grossesse, le fœtus est à peine ébauché;

ce n'est pour ainsi dire qu'un atome de gélatine suspendu au milieu d'un océan de liquide; il ballotte en tous sens, et pirouette continuellement, suivant l'impulsion qu'il reçoit. La vie dont il jouit n'est pas même tout-à-fait inactive, et ne consiste pas dans un repos absolu; ses fibrilles musculaires se contractent, sa frêle machine s'ébranle, il s'agite par soubresauts, et se remue lui-même par sa propre force. Mais qu'est-ce que ce mouvement? N'est-il pas imperceptible ou trop faible encore pour se communiquer à la mère, et pour lui donner la conscience d'un être qui n'est pas elle au-dedans d'elle-même? Ce ne sont donc ni les premiers jours, ni les premières semaines, ni les premiers mois après la conception, qui sont les plus favorables pour dissiper le doute et l'incertitude que la femme peut conserver sur son état.

Mais à mesure que la grossesse avance, le produit de la conception se développe; ce qui n'était qu'un point gélatineux, prend de la forme et des dimensions; le fœtus acquiert plus de consistance et de volume; il est plus pesant. La vie qui l'anime devient plus énergique, ses muscles plus forts, son organisation plus solide. Enfin, vers le quatrième mois, rarement plus tôt, quelquefois plus tard, il se fait sentir, et dès-lors son existence n'est plus un problème. A cette époque la femme éprouve des sensations qui lui étaient inconnues, et qui l'avertissent qu'elle doit se tenir prête à devenir mère. Dès qu'elle se remue, elle sent un corps étranger, plus ou moins solide, qui tombe ou se repose sur la partie la plus déclive de la matrice. C'est là ce qu'on appelle en propres termes, *le ballottement du fœtus;* mouvement tout-à-fait passif et uniquement dû, non à l'action musculaire, mais à la force de gravitation qu'il partage avec tous les autres corps de la nature; mouvement dont la femme est quelquefois incommodée, surtout lorsque le fœtus, ayant cessé de vivre, n'est plus qu'une masse ou une boule inerte que sa pesanteur entraîne de côté et d'autre; enfin, mouvement qui ne laisse plus aucun doute sur l'existence de la grossesse, puisque nulle autre substance que le fœtus ne peut nager ni ballotter dans l'eau de l'amnios.

Ce n'est pas tout : il est encore un autre signe qui prouve non-seulement la présence, mais encore la vie du fœtus dans le sein de la mère. C'est une sorte d'activité qui lui est propre, qui dépend, non de la volonté, mais de l'instinct, qui tient uniquement à la vie intérieure, organique ou végétative dont il est animé, et que les physiologistes comparent à celle d'un homme qui dort. C'est uniquement le besoin de se remuer pour changer d'attitude. En vertu de cette activité, le fœtus exécute des mouvemens qui, vers le milieu de la grossesse, deviennent de plus en plus sensibles pour la mère. Alors son corps se courbe ou se redresse, ses membres se contractent ou se détendent, et vont frapper les parois de la matrice. Le choc en est même quelquefois si brusque et si rude, dans les mois suivans, qu'il se manifeste à travers les parois du bas-ventre et les vêtemens; souvent la femme en est réveillée durant la nuit.

Ce sont ces deux mouvemens du fœtus, l'un passif et tout-à-fait matériel, l'autre actif, musculaire et proprement vital, dont la femme acquiert la conscience vers le milieu de la grossesse, et qui, en lui donnant l'intime conviction de son état, lui imposent le devoir de veiller à la conservation du fruit qu'elle porte. Mais s'il est des circonstances où le témoignage de la femme suffit pour écarter toute espèce de doute et d'incertitude, combien n'en est-il pas aussi où l'on ne peut s'en rapporter à elle, et où la précaution exige même qu'on la soupçonne de mauvaise foi, surtout quand elle a quelque intérêt de feindre ou de cacher la vérité? Elle est donc obligée alors de se soumettre à l'examen ou à la visite des gens de l'art, et spécialement des accoucheurs qui la palpent ou la touchent pour constater les mouvemens du fœtus, seuls signes positifs et infaillibles de son existence et par conséquent de la grossesse.

Des médecins, dans ces derniers temps, ont prétendu aussi que le stéthoscope de Laënnec pouvait servir à vérifier la grossesse, quand elle était incertaine ou douteuse. Suivant eux, cet instrument appliqué sur l'hypogastre de la femme enceinte, transmet distinctement à l'oreille de l'explorateur le bruit du mouvement circulatoire du sang dans le placenta et dans le cœur du fœtus. Mais, s'il est des cas, où cette espèce d'auscultation est infaillible, combien n'en est-il pas aussi où elle est fautive et sans aucune utilité! Nous en appelons pour cela au témoignage des accoucheurs éclairés qui ont répeté les expériences à cet égard. S'ils sont de bonne foi, ils avoueront que le cylindre de bois ne mérite jamais la préférence sur le toucher pratiqué avec un doigt bien exercé. Quant à nous, l'observation nous a convaincu qu'il en est du stéthoscope pour le diagnostic de la grossesse, comme pour celui des maladies thorachiques; et nous pouvons assurer positivement, sans craindre d'être démenti, que les avantages en ont été exagérés dans l'un et l'autre cas[1].

SECTION IV.

Du toucher.

Ce serait méconnaître une grande partie des avantages du toucher, que de le borner à la recherche des signes qui caractérisent la grossesse. Il est non-seulement la boussole qui dirige la conduite de l'accoucheur dans toutes les opérations de son art, mais encore il sert de guide au médecin en général, toutes les fois qu'il s'agit de déterminer le siége et la nature de certaines maladies propres au sexe; en effet, la décence ne leur permettant pas de porter leurs regards sur les parties externes de la génération, et celles qui sont situées dans l'intérieur du bassin étant d'ailleurs inaccessibles à la vue, quel autre moyen leur resterait-il que de les palper, et de suppléer ainsi à l'œil par la main, pour en vérifier les différens états?

[1] Nous engageons les praticiens à vérifier les observations de Laennec et ils se convaincrons qu'il n'y a pas de pires sourds que ceux qui ne veulent pas entendre. (*Note de l'Éditeur.*)

Dans tous les cas, cette importante opération sert à reconnaître l'état du bassin et des organes qu'il renferme, les signes de la grossesse et les phénomènes qui accompagnent le travail de l'accouchement. Elle se pratique avec les deux mains, dont l'une s'applique par sa face concave ou palmaire sur la région abdominale que le corps et le fond de la matrice regardent, tandis que le doigt indicateur de l'autre s'introduit dans le vagin, où correspondent le col et l'orifice de ce viscère.

Les occasions où l'on est obligé de recourir au toucher sont peut-être plus fréquentes qu'on ne pense. Combien d'affections restent souvent inconnues et sans remèdes chez les femmes, parce qu'elles refusent de se soumettre à un examen nécessaire, ou parce que les gens de l'art qu'elles consultent sont peu versés dans ces sortes de recherches! Mais revenons à l'accoucheur. Quelle foule de connaissances n'est-il pas à même d'acquérir tous les jours, à l'aide d'un doigt que la sagacité et l'expérience ont rendu habile! C'est là sans contredit le pelvimètre par excellence, puisqu'il est le plus fidèle, quand il s'agit de mesurer les dimensions du bassin et d'en reconnaître la bonne ou mauvaise conformation ; c'est l'instrument le plus commode pour vérifier l'état ordinaire de la matrice et de la vulve, les changemens qu'elles éprouvent pendant la gestation, et les accidens qui peuvent y arriver après le travail de l'accouchement; enfin, c'est le moyen le plus sûr et le plus prompt de constater les mouvemens du fœtus, sans lesquels tout n'est que doute et obscurité dans l'examen des signes de la grossesse.

Qu'on ne s'imagine pas néanmoins qu'il faille seulement porter au hasard un doigt ou une main sur le bassin et les organes génitaux de la femme, pour en saisir l'état actuel, par rapport à la grossesse et à l'accouchement; ce n'est pas ainsi qu'on touche ou qu'on palpe. Cette pratique suppose nécessairement des connaissances préliminaires, et exige certaines précautions, sans lesquelles elle tourne moins à l'instruction et au profit du praticien qui l'exerce, qu'au préjudice de la femme qui s'y soumet.

Il faut donc avoir premièrement une idée bien précise de tout ce qui est relatif à la situation, à la forme, à la direction, à la structure et aux dimensions du bassin; à l'état ordinaire des parties génitales; à la grossesse, et aux changemens qu'elle cause dans le système utérin et le bas-ventre; au fœtus et à ses dépendances; enfin au mécanisme de l'accouchement. Ce n'est, à proprement parler, qu'après avoir bien conçu un organe ou une fonction dans son état naturel, qu'on peut en apprécier les dérangemens, et y apporter un prompt remède, lorsque cela est nécessaire.

Quant aux précautions que le toucher exige, les unes regardent la femme, et les autres l'accoucheur. Que la femme, avant tout, aille à la garde-robe et rende son urine, si elle en éprouve le besoin, afin que le rectum et la vessie, moins volumineux dans l'état de vacuité, opposent moins d'obstacle au doigt qui parcourt le vagin pour aboutir à la matrice. Qu'elle prenne ensuite la situation la plus convenable aux recherches qu'on se propose de faire.

S'agit-il d'un relâchement ou d'une descente de matrice ; le bon sens indique que la femme doit être debout, afin que ce viscère, abandonné à sa propre pesanteur, laisse apercevoir le degré de la maladie qu'on soupçonne. Est-ce, au contraire, le volume ou la figure du globe utérin qu'on veut déterminer dans une affection dont il est atteint, ou dans le commencement de la grossesse ; la femme doit être couchée à la renverse, la tête un peu plus élevée que le tronc et les membres inférieurs dans l'état de flexion, afin que les muscles abdominaux plus relâchés interceptent moins l'impression de la main, qui cherche à démêler le fond de la matrice parmi les circonvolutions de l'intestin. Mais il peut arriver qu'une anasarque ou un embonpoint excessif ait donné trop d'épaisseur aux parois abdominales, que la cavité du péritoine soit remplie de sérosité, ou qu'une toux opiniâtre et importune mette les muscles abdominaux dans une agitation continuelle ; il est évident que la même position ne peut être alors d'aucune utilité ; la femme doit donc se tenir debout, le dos appuyé contre une muraille, et l'accoucheur est réduit à juger de l'état du globe utérin par sa pesanteur, par sa mobilité et par l'étendue de sa face postérieure, si toutefois il peut la parcourir du doigt.

Nous ne parlerons point ici des règles de la décence que tout honnête homme est censé connaître, et qu'il n'est jamais permis de violer en touchant les femmes, sous quelque prétexte que ce soit. Mais une précaution qu'il ne faut point négliger, c'est de ne jamais introduire le doigt dans le vagin, sans l'avoir préalablement enduit de graisse, de mucilage, d'huile ou de beurre, soit pour ménager la sensibilité des parties qu'on touche, soit pour se préserver de certains virus dont elles peuvent être affectées, et dont la contagion se propage quelquefois avec une promptitude incalculable. Par la même raison, une plaie, un ulcère ou la moindre égratignure qu'on aurait au doigt indicateur d'une main, doivent suffire pour le faire exclure et lui faire substituer celui du côté opposé ; de là l'avantage d'être ambidextre. Enfin, aussitôt après le toucher, on se hâtera de laver ses mains, surtout lorsqu'on doit visiter plusieurs femmes de suite, afin de ne transmettre aucune impureté de l'une à l'autre.

Tout étant disposé, la femme couchée sur le dos, debout ou à genoux, et les cuisses un peu écartées, l'accoucheur porte l'extrémité du doigt vers la vulve, en écarte légèrement les grandes lèvres, et cherche l'orifice du vagin, en allant du périnée vers le pubis. Des praticiens conseillent d'insinuer deux doigts dans ce conduit ou de seconder l'introduction de l'index, en couchant le pouce sur le pubis et le médius sur le périnée. Mais, outre que ces procédés sont défectueux et inutiles dans le plus grand nombre des cas, ils sont encore très-incommodes et très-douloureux, surtout lorsque le vagin est étroit et la vulve gonflée. Il vaut donc bien mieux n'allonger que le doigt indicateur, et ployer les autres avec le pouce dans le creux de la main. Cette méthode, si elle n'est pas rigoureuse, a cela d'avantageux, qu'elle permet de varier à volonté

la position du poignet, de le tourner vers le pubis ou le coccix, à droite ou à gauche, de donner plus ou moins d'obliquité au doigt, et de lui faire parcourir plus ou moins d'étendue, suivant les circonstances.

Veut-on s'assurer de la grossesse, on fixe la matrice entre la main qu'on applique sur l'abdomen et le doigt indicateur qu'on introduit dans le vagin; on examine ensuite le volume et la forme de ce viscère, sa pesanteur et sa mobilité, sa hauteur ou sa dépression, sa rectitude ou son obliquité, les dimensions du col et l'état de l'orifice, enfin, on tâche d'exciter les mouvemens du fœtus, qui seuls peuvent dissiper le doute et l'incertitude. L'homme de l'art qui procède à cet examen doit donc avoir présens à sa mémoire les divers changemens que la matrice éprouve depuis la conception jusqu'à l'accouchement; il doit se rappeler que dans les deux premiers mois ce viscère se dilate, mais en se rapprochant de la vulve, et que vers la fin du troisième seulement, son fond commence à déborder le bassin, pour s'élever ensuite graduellement jusqu'à l'épigastre et même jusqu'au diaphragme, en s'inclinant plus ou moins à droite, à gauche, ou en avant; il doit savoir que dans les six premiers mois, le col de la matrice n'éprouve presque jamais de changement sensible, au moins dans une première grossesse, et que par conséquent il ne fournit aucune connaissance sur l'état actuel de ce viscère; enfin, il ne doit point ignorer que les mouvemens du fœtus, quoiqu'ils commencent avec son existence, ne sont néanmoins sensibles au toucher qu'à quatre mois et demi ou vers le milieu de la grossesse. Ce n'est qu'un accoucheur exercé et intelligent qui peut démêler le vrai d'avec le faux dans un examen où il est si facile de se faire illusion; lui seul peut distinguer les signes rationnels, équivoques ou incertains d'avec ceux qui sont vrais, caractéristiques ou infaillibles, et prononcer une décision irrévocable. En général, toutes les fois que les mouvemens du fœtus ne sont pas sensibles, il faut savoir rester dans le doute, et attendre le temps nécessaire, pour que la vérité s'éclaircisse.

Mais il peut arriver que les ténèbres qui cachent la grossesse se dissipent fort tard, et seulement à l'époque de l'accouchement. Nous n'aurions jamais pu le croire sans le fait suivant dont nous avons été témoin. Une femme est reçue à l'hôpital de la Charité, et se déclare hydropique. Corvisart l'examine, et croit sentir un petit fœtus vers le flanc gauche; ce qui le porte à juger qu'il y a chez la malade une hydropisie enkystée compliquée de grossesse extra-utérine. Baudelocque, prié de visiter cette femme, la touche, et assure ne trouver qu'une apparence de grossesse causée par un squirrhe énorme de la matrice. Qu'arrive-t-il? quinze jours ou trois semaines après, la femme accouche naturellement d'un enfant très-volumineux, plein de vigueur et de santé. Quelle surprise pour le professeur de clinique! quel avertissement pour le célèbre accoucheur! quelle leçon pour les élèves! Nous apprîmes bien alors à ne jamais décider en pareille matière, qu'après avoir acquis une certitude complète de l'existence d'un fœtus dans la matrice. Cette

circonspection est le seul moyen de se mettre à l'abri de l'erreur, et d'éviter ces lourdes méprises qui tournent à la honte de l'art, au déshonneur du praticien, au détriment de la femme, et presque toujours à la perte de l'individu qu'elle porte dans son sein.

Mais comment exciter les mouvemens du fœtus? c'est là peut-être ce qu'il y a de plus embarrassant, au moins pour ceux qui commencent de pratiquer le toucher. Voici néanmoins les préceptes que l'on donne pour aplanir la difficulté, si toutefois des préceptes peuvent suppléer au défaut de pratique dans un art qui ne peut s'acquérir qu'à force d'habitude ou d'exercice.

On soulève et on presse alternativement la matrice, qu'on fixe entre la face palmaire d'une main appliquée sur l'abdomen, et le doigt indicateur de l'autre introduit dans le vagin. Par ce procédé, on imprime au fœtus une secousse qui le porte d'abord vers le fond de la matrice, et le fait retomber ensuite vers le col de ce viscère, où il frappe le doigt qui l'y attend fixement et sans se déranger : cette précaution est nécessaire, pour ne point confondre le ballottement du fœtus avec l'agitation de la matrice entière. Le choc ou la percussion qu'on ressent est d'autant plus fort que la grossesse est plus avancée, parce qu'alors le produit de la conception est plus développé. Dans les derniers mois, il suffit de le soulever, pour qu'il retombe bientôt après sur le doigt, et qu'il donne des signes non équivoques de sa présence. Quelquefois aussi, en promenant la main sur l'abdomen, ou le bout du doigt sur le segment de la matrice qui correspond au vagin, on est assez heureux pour exciter le mouvement actif ou musculaire du fœtus, et on ne peut plus douter alors qu'il ne jouisse de la vie.

Admettrons-nous encore, avec Hippocrate, comme des signes certains de la grossesse, l'occlusion complète de l'orifice utérin immédiatement après la conception, la dépression du col, ainsi que l'augmentation de volume et de température de cette partie? Discuterons-nous certains indices auxquels Stein ne balance pas d'accorder la plus grande confiance, tels que la tumeur molle et demi-sphérique, sentie par le doigt à la partie antérieure du segment inférieur de la matrice, la forme circulaire et le plan égal que présente l'orifice utérin par le raccourcissement de la lèvre antérieure ou par le prolongement de la postérieure? Mais, sans nous engager dans des longueurs inutiles, il suffit d'en appeler au tribunal de l'expérience pour être convaincu que ces prétendus signes ne sont ni assez constans, ni assez réguliers, pour mettre la grossesse hors de doute et d'équivoque. Nous l'avons déjà dit, et nous le répétons avec les praticiens les plus éclairés, dans les six premiers mois, on ne doit rien ou presque rien conclure de positif en faveur de la grossesse, d'après l'examen du col ou de l'orifice utérin. Il n'y a donc alors d'autres signes certains de la grossesse que le ballottement et le mouvement actif du fœtus.

Il y a quelques années qu'une jeune dame vint nous consulter pour une affection de la matrice dont elle nous disait ignorer la cause; mais nous avons su depuis qu'elle la connaissait parfaite-

ment ; il s'était écoulé près de huit mois depuis qu'elle n'avait point eu ses règles. En la touchant, nous ne trouvâmes aucun signe certain de grossesse, et le col utérin était si douloureux, qu'il semblait écarter toute idée de cet état ; nous déclarâmes qu'il n'y avait qu'une suppression de menstrues, et nous prescrivîmes les remèdes qui nous parurent les mieux indiqués. Mais ce jour-là même nous fûmes convaincu que nous nous étions mépris ; il survint une hémorrhagie des plus abondantes qui fut suivie de l'expulsion d'un fœtus mort depuis plusieurs jours. Son volume pouvait faire présumer une grossesse de deux ou trois mois seulement.

Dans une autre circonstance, une jeune personne dont les mœurs étaient fort suspectes n'était point réglée depuis environ trois mois ; elle éprouvait sur son état quelques doutes qui l'inquiétaient beaucoup. En la visitant, nous trouvâmes une tumeur indolente et assez dure à l'une des grandes lèvres. La vulve et le vagin étaient inondés de fleurs blanches ; quelques changemens survenus au col et au corps de la matrice nous portèrent à soupçonner que la jeune personne était enceinte. Mais huit jours après la tumeur de la grande lèvre abcéda, les règles reparurent, la santé se rétablit et tous les doutes s'évanouirent : ce n'était qu'une suppression de menstrues.

Ces deux exemples de méprise n'ont pas peu contribué à nous rendre attentif, circonspect et méfiant pour ce qui concerne le diagnostic de la grossesse. Nous les avons rapportés afin d'inspirer les mêmes sentimens à ceux qui les liront. Qu'ils n'hésitent pas à prononcer l'existence de la grossesse, lorsqu'ils sentent bien distinctement les mouvemens passifs ou actifs d'un fœtus dans la matrice ; mais qu'ils se gardent bien de prononcer l'absence de cet état d'après l'absence des signes qui le caractérisent.

Le toucher ne sert pas seulement à vérifier les signes de la grossesse utérine ou naturelle ; c'est encore le seul moyen de reconnaître la grossesse extra-utérine et même la fausse grossesse. Et d'abord, pour ce qui concerne la grossesse extra-utérine ou par erreur de lieu, quelle induction pourrait-on tirer de quelques phénomènes généraux dont on la dit accompagnée, tels que la continuation des règles avec moins d'abondance qu'à l'ordinaire, l'absence de gonflement et de lait aux mamelles, le défaut de vomissement et la tuméfaction latérale de l'abdomen ? Quel fonds pourrait-on faire sur les accidens ou incommodités nombreuses qui affectent les femmes au commencement de cette espèce de grossesse ? Ce ne sont là, il faut en convenir, que des signes équivoques et illusoires qui peuvent tout au plus la faire soupçonner, comme le remarque Antoine Petit, mais qui sont incapables d'en établir la certitude. Il faut donc nécessairement recourir au toucher, qui est le seul moyen, passé une certaine époque, de distinguer si le germe se développe dans la matrice ou hors de ce viscère. Supposons qu'en palpant les diverses régions de l'abdomen on sente les mouvemens d'un fœtus ; il est certain dès-lors qu'il existe une grossesse réelle : cela est sans réplique. Supposons encore que la ma-

trice, fixée entre la face palmaire d'une main et le doigt indicateur de l'autre, n'offre aucun ou presque aucun changement dans son corps ni dans son col; il est évident que ce viscère ne renferme point le produit de la conception; il existe donc ailleurs, et la grossesse est extra-utérine, conséquence non moins incontestable que la première.

Mais, quelque précis et serré que soit ce raisonnement pour démontrer l'existence d'une grossesse extra-utérine, il s'en faut bien qu'on puisse fixer avec la même certitude le lieu que le fœtus occupe. Est-il dans l'abdomen, dans la trompe ou dans l'ovaire? Selon quelques auteurs, rien n'est plus facile à décider que cette question : ils prétendent que la légèreté et la mobilité de la matrice, jointes à la liberté des mouvemens du fœtus, indiquent une grossesse abdominale; tandis qu'au contraire, plus de pesanteur et moins de mobilité dans la matrice avec plus de gêne dans les mouvemens du fœtus, sont une preuve que la grossesse a lieu dans les annexes utérines; ils vont même jusqu'à distinguer la grossesse de la trompe d'avec celle de l'ovaire. Dans la première, disent-ils, la matrice est pour ainsi dire accolée à la tumeur qui contient le fœtus, et par conséquent peu mobile; elle en est au contraire plus éloignée et par conséquent plus libre dans la grossesse de l'ovaire; différences plus imaginaires que réelles; distinctions trop subtiles pour être appréciées dans la pratique, et trop minutieuses pour être discutées en théorie. L'expérience apprend ce qu'il faut penser des livres élémentaires où elles sont consignées. Nous n'avons pas honte d'avouer que nous avons commis des méprises sur le diagnostic de la grossesse extra-utérine; mais nous avons eu cela de commun avec les plus grands praticiens de la capitale : ce qui nous a prouvé que les signes de cet état chez la femme ne sont pas aussi clairs qu'on pourrait le croire.

Il en est de même de la fausse grossesse. Vers les premiers mois, ce serait en vain qu'on en chercherait la preuve dans quelques incommodités que la femme ressent, telles que la nausée, l'anorexie, le vomissement, la suppression des règles, le gonflement du sein et de l'abdomen, etc.; ces signes sont entièrement équivoques et n'indiquent pas plus une grossesse apparente qu'une grossesse réelle. C'est donc encore au toucher seul qu'il appartient de distinguer l'une d'avec l'autre; et ici même sévérité de raisonnement, et même conviction que dans l'examen de la grossesse extra-utérine. On touche la femme dont le ventre se gonfle, s'élève et s'arrondit, et on trouve la matrice beaucoup plus volumineuse qu'à l'ordinaire : la conséquence immédiate de ce signe, est qu'il y a quelque substance renfermée dans ce viscère. Pour en reconnaître la nature, on attend l'époque correspondante au milieu de la grossesse, et le toucher découvre encore plus de distension dans le globe utérin; on l'agite, et l'on ne peut venir à bout d'exciter les mouvemens du fœtus. N'est-on pas en droit de présumer alors qu'il n'y a point de germe dans ce viscère, et que la grossesse, loin d'être réelle, n'est qu'apparente? L'absence des mouvemens du fœtus est donc ici le véritable fondement du diagnostic.

Mais ce n'est là néanmoins qu'un signe générique, et qui convient à toutes les espèces de fausse grossesse, quelle qu'en soit la cause. Comment donc distinguera-t-on si la matrice, au lieu d'un fœtus, ne contient que de l'eau, de l'air, du sang, des hydatides, une mole, des concrétions polypeuses? Si l'on consulte certains livres sur cet objet, tout y paraît clair et précis. Ainsi la distension et la pesanteur de la matrice, jointes à un sentiment de fluctuation manifeste, indiquent la présence de l'eau, tandis que la distension de ce viscère, jointe à sa légèreté et à un bruit sonore qu'il rend par la percussion, attestent la présence de l'air; le sentiment d'une boule pesante sans fluctuation, qui tombe sur le côté où la femme se couche, et qui pend sur les cuisses quand elle est debout, sont la preuve d'une mole, et ainsi des autres. Mais combien toutes ces différences qui paraissent si claires et si tranchées dans la théorie, sont difficiles à saisir dans la pratique! et combien ne pourrait-on pas citer de cas où les gens de l'art se sont trouvés embarrassés, et ont même donné dans l'erreur, pour avoir voulu prononcer avec trop de précipitation! Concluons donc que, si le toucher est le seul moyen de reconnaître la grossesse naturelle, et de la distinguer, soit d'avec la grossesse extra-utérine, soit d'avec la grossesse apparente, il ne peut cependant pas toujours déterminer les différentes espèces de ces dernières.

ARTICLE IV.

De l'accroissement progressif du fœtus, de sa longueur et de son poids quand il est à terme.

Les physiologistes qui ont fait des recherches sur les accroissemens du fœtus assurent que, dans les premiers jours après la conception, on en chercherait en vain quelques traces dans la matrice; on n'y trouve alors qu'une petite vésicule, remplie d'un liquide clair et diaphane, à laquelle on est convenu de donner le nom d'œuf chez les animaux vivipares en général.

Ce n'est guère qu'après la première semaine qu'on commence d'y apercevoir une espèce de nuage mucilagineux, homogène et demi-transparent, qui laisse démêler, mais d'une manière assez confuse, les premiers linéamens de l'embryon ou du germe. Dix ou douze jours plus tard, la tête et les traits du visage se dessinent, le nez s'ébauche et se prononce; deux petits points noirs marquent la place des yeux, et deux petits trous celle des oreilles; le tronc encore grêle paraît légèrement recourbé en devant, et forme presque la totalité de la masse; on n'y voit point de membres; quatre petits moignons ou tubercules arrondis en indiquent seulement l'origine. Tout le corps n'a que cinq ou six lignes de longueur, et on le prendrait plutôt pour la larve d'un insecte que pour l'élément de l'homme.

A un mois, la longueur de l'embryon est de huit à dix lignes; il n'est guère plus gros qu'une guêpe; les membres thorachiques paraissent les premiers et restent un peu plus longs que les mem-

bres abdominaux jusqu'au commencement du quatrième mois; on commence à y distinguer les doigts et les orteils.

A six semaines, toutes les parties sont très-visibles; la tête forme la moitié de la masse; le cœur bat assez distinctement; le sexe est déterminé.

A deux mois, l'ossification commence, le rachis, les clavicules et les membres offrent des points solides; le cordon ombilical paraît; la tête forme toujours la plus grosse extrémité de la masse, et se penche sur le tronc; l'embryon a près de deux pouces de longueur.

A trois mois, il pèse environ trois onces, et sa longueur est à peu près de trois pouces et demi. Il commence à se mouvoir sensiblement, et on lui donne le nom de fœtus.

A quatre mois et demi, les membres abdominaux l'emportent sur les membres thorachiques; les ongles des pieds et des mains se prononcent, et le fœtus a quatre pouces six à huit lignes de longueur.

Dans chacun des trois mois suivans il augmente environ de trois pouces; en sorte que vers le septième mois il a près de treize pouces. A cette époque, lapupille est ouverte et les testicules sont dans le scrotum.

Si l'on a égard aux proportions respectives des différentes parties du corps, on trouve qu'à un mois le milieu de sa longueur, prise du sommet de la tête aux talons, répond au cou, et ensuite à un point plus ou moins élevé du thorax à mesure que la grossesse avance; de telle sorte qu'à six mois il tombe exactement à l'extrémité abdominale du sternum, et à sept mois, plus près du sternum que de l'ombilic.

A huit mois, la longueur du fœtus est de quatorze à quinze pouces, et le milieu en est fixé quelques lignes au-dessus de l'ombilic. Enfin, à neuf mois, terme ordinaire de la grossesse, le fœtus a le plus souvent dix-huit pouces, et le milieu de sa longueur aboutit exactement à l'ombilic; sa largeur d'une épaule à l'autre est de trois pouces et demi, son épaisseur un peu moindre; sa pesanteur est alors de six à sept livres. Ces évaluations admettent néanmoins autant de variétés que d'individus; car il en est qui n'ont que seize pouces de long, et d'autres qui en ont jusqu'à vingt-deux et même vingt-trois. De même, des fœtus, quoiqu'à terme, sont au-dessous de quatre livres, tandis que d'autres en pèsent neuf ou dix, même treize ou quatorze. Des matrones ont aussi rapporté en avoir reçu qui pesaient vingt-cinq livres; mais n'y a-t-il pas de l'exagération dans ce calcul!

Quoi qu'il en soit, dans le cas d'avortement, on serait souvent induit en erreur si l'on cherchait à déterminer l'âge des avortons d'après leurs dimensions et leur pesanteur. Car, outre qu'ils s'accroissent d'une manière très-irrégulière, et qu'ils se développent avec plus de rapidité vers le milieu de la grossesse qu'au commencement et à la fin, il est encore très-rare d'en trouver deux de même longueur et de même poids, à une époque quelconque après la conception. Ce qu'il y a de plus certain et de plus positif sur cet objet, c'est le rapport entre l'ombilic du fœtus et le milieu

de son corps : rapport qui, quoique variable suivant l'âge de l'embryon ou du fœtus, n'en paraît pas moins constant aux différentes époques de la grossesse chez tous les individus ; d'où il résulte que c'est peut-être là le seul signe qui, joint au caractère plus ou moins marqué de la maturité ou de l'immaturité du fœtus, indique s'il est venu au monde avant ou après le terme naturel.

Mais d'où vient que l'accroissement du fœtus est si rapide dans la matrice, tandis qu'au contraire l'enfant est si lent à se développer après la naissance? La raison en est que tout, chez le premier, concourt à la nutrition, et que rien n'en dissipe le produit ; au lieu que chez le second, la force qui compose et nourrit est sans cesse contrebalancée par une force qui décompose et détruit. D'abord, l'aliment que le fœtus reçoit est déjà préparé et digéré par la mère, à laquelle il est essentiellement lié, et dont il est en quelque sorte le parasite ; l'assimilation doit donc en être prompte et rapide, puisqu'elle se fait immédiatement par le système circulatoire, sans le travail préalable de la digestion et de la respiration. D'un autre côté, la sécrétion et l'excrétion, deux sources continuelles de perte après la naissance, sont inactives ou peu abondantes chez le fœtus, de sorte que tout tourne à son profit et rien à son détriment.

ARTICLE V.

De la position du fœtus par rapport à la matrice et au bassin de la mère.

Il s'en faut bien que vers la fin de la grossesse, les dimensions du fœtus soient dans un rapport d'égalité avec celles de la matrice ; en effet, ce viscère n'a guère alors qu'un pied de long sur sept à huit pouces de largeur en tous sens ; tandis que le fœtus à terme peut avoir de seize à vingt-deux pouces de long sur quatre ou six pouces de large, et un peu moins d'épaisseur.

Mais cette espèce de disproportion, qui est très-sensible pour la longueur, s'évanouit par l'attitude que le fœtus prend dans la cavité de la matrice, où toutes ses parties sont dans un état de demi-flexion, à peu près comme chez l'homme qui dort ou se repose. La tête est penchée sur la poitrine, la colonne vertébrale courbée en devant ; les bras sont pliés, les poings à demi fermés, les cuisses et les jambes fléchies, les genoux écartés, les talons rapprochés et appliqués sur les fesses.

Ainsi pelotonné, le fœtus se réduit à une sorte d'ovoïde, dont la longueur n'est que de neuf à dix pouces, et dont l'axe est plus ou moins incliné par rapport à celui de la matrice. C'était sous cette forme qu'Hippocrate le comparait à une olive renfermée dans un bocal à col étroit et allongé : comparaison lumineuse, analogie exacte sur laquelle reposent le mécanisme de l'accouchement naturel, la connaissance des obstacles qui s'opposent à cette fonction, et la méthode de les écarter ou de les surmonter. Car on voit par là que l'enfant ne peut venir au monde sans offrir l'une de ses extrémités à l'entrée du bassin, et que par conséquent il est arrêté,

s'il se présente en travers, à moins qu'une main secourable ne le redresse et ne le remette sur la voie.

On a beaucoup disputé sur la situation du fœtus par rapport au bassin de la mère, dans les différentes époques de la grossesse. Des accoucheurs même très-distingués, ne rencontrant pas la tête de l'enfant, ont prétendu qu'il était accroupi et comme assis sur la saillie sacro-vertébrale, la tête en haut et les pieds en bas jusqu'au septième mois. Suivant eux, il exécutait alors un mouvement extraordinaire; la tête culbutait et se précipitait vers le détroit supérieur du bassin, où elle restait jusqu'à l'accouchement, le front appuyé sur la saillie du sacrum. Mais que l'observation est loin d'être favorable à cette hypothèse! L'ouverture des cadavres, dans les cas d'avortement, a presque toujours montré que la tête du fœtus répondait au bassin, et qu'elle y était située diagonalement. D'ailleurs, cette extrémité étant la plus volumineuse et la plus pesante, ne voit-on pas que sa situation en haut pendant six mois serait non-seulement incommode, mais encore entièrement opposée à la gravitation générale des corps? Enfin, la longueur du fœtus, qui, à sept mois, l'emporte de beaucoup sur les dimensions latérales de la matrice, ne l'empêcherait-elle pas de culbuter, à moins qu'il ne fût environné d'une très-grande quantité de liquide? Dans ce cas-là même, pourquoi n'aurait-il pas culbuté plusieurs fois avant cette époque, et pourquoi, après ce mouvement subit, le front resterait-il appliqué contre la saillie du sacrum, tandis que les côtés de cet os lui offriraient des espaces bien plus conformes à sa rondeur?

La situation la plus naturelle du fœtus est donc celle où la tête est en bas placée diagonalement au détroit supérieur, de manière que l'occiput répond à l'une des cavités cotyloïdes, mais plus souvent à la gauche qu'à la droite, et le front à la symphyse sacro-iliaque opposée; c'est la plus conforme à la pesanteur et à la figure arrondie de la tête, ainsi qu'à ses rapports avec les parties correspondantes du bassin; alors les fesses, les cuisses, les jambes et les pieds sont situés en haut et plus ou moins inclinés à la colonne vertébrale. Il peut arriver néanmoins que ces extrémités se trouvent quelquefois en bas et la tête en haut; mais cette position insolite et non naturelle, que les partisans de la culbute ne sauraient expliquer, tient à l'excessive mobilité du fœtus dans le commencement de la grossesse; mobilité qui le fait pirouetter sans cesse jusqu'à l'époque où sa longueur excède les dimensions latérales de la matrice, et le force de garder constamment la même situation.

ARTICLE VI.

De l'obliquité du fœtus.

Dans l'ordre le plus naturel, les trois axes du fœtus, de la matrice et du bassin se confondent ou sont dans un état de parallélisme complet; d'où il suit que cet ordre ne peut être interverti, sans qu'il y ait obliquité du fœtus par rapport à la matrice ou par rapport au bassin.

Le fœtus est oblique à la matrice, lorsque son axe longitudinal s'écarte de celui de ce viscère; de sorte que le dernier degré de cet écartement a lieu lorsque le fœtus est situé en travers dans la cavité de la matrice.

Les causes de cette obliquité tiennent ou à la grande capacité du viscère, ou au volume peu considérable du fœtus, ou à la grande quantité du liquide qui l'environne.

On reconnaît l'obliquité du fœtus par rapport à la matrice, lorsque ce viscère étant dans sa situation naturelle, le doigt indicateur ne trouve ni la tête ni l'extrémité opposée au détroit supérieur, et lorsqu'en palpant l'abdomen, on rencontre l'une à droite et l'autre à gauche.

Cette situation est d'autant plus défavorable, qu'elle est plus oblique, et l'accouchement est absolument impossible quand elle est transversale, à moins qu'on ne la redresse ou qu'on ne rétablisse le parallélisme de l'axe du fœtus avec celui de la matrice.

Le fœtus est oblique par rapport au bassin, lorsque son axe longitudinal s'écarte de l'axe du détroit supérieur, et le dernier terme de cette obliquité a lieu encore, lorsque le fœtus est situé transversalement, la tête d'un côté et les extrémités inférieures de l'autre.

La principale cause de l'obliquité du fœtus par rapport au bassin tient à l'obliquité de la matrice, parce que ce viscère entraîne toujours le fœtus dans ses mouvemens.

Il résulte de là que, la matrice conservant sa situation naturelle, le fœtus ne peut être oblique à ce viscère sans l'être au bassin, et réciproquement. Mais on conçoit très-facilement qu'il peut être oblique par rapport au bassin, sans l'être par rapport à la matrice; il suffit pour cela que ce viscère, en devenant oblique au bassin, reste parallèle à l'axe longitudinal du fœtus. En général, c'est toujours une complication défavorable que celle de l'obliquité du fœtus par rapport à la matrice, avec celle de ce viscère par rapport au bassin. Cependant, considérée séparément, la dernière est la moins fâcheuse, parce qu'il est plus facile de la corriger que la première.

ARTICLE VII.

Des dépendances du fœtus.

Le fœtus n'est point seul et isolé dans la cavité de la matrice; il y nage pour ainsi dire au milieu d'un liquide plus ou moins abondant; il tient à ce viscère par le placenta où se préparent en partie les sucs que lui transmet le cordon ombilical, et par les membranes qui lui servent d'enveloppe. Toutes ces dépendances ont été appelées *secondines*, non que leur formation soit postérieure à celle du fœtus, mais parce que dans l'accouchement, elles sont pour l'ordinaire expulsées après lui; ce qui leur a fait donner aussi le nom à peu près synonyme d'*arrière-faix*.

Quant aux membranes qui enveloppent l'œuf, tous les physiologistes ne sont pas d'accord sur leur nombre, ni sur leur origine, surtout depuis que Guillaume Hunter a fait des recherches sur ce

qu'il appelle membranes caduque et caduque réfléchie, auxquelles le professeur Chaussier, dans ces derniers temps, a donné le nom d'*épichorion*. En effet, les uns prétendent, sans le prouver, que le germe ou l'embryon, fécondé par le sperme dans l'ovaire, descend à travers la trompe dans la matrice avec toutes ses dépendances; les autres soutiennent, avec quelque vraisemblance, qu'il n'est enveloppé dans ce trajet que de ses membranes propres, le *chorion* et l'*amnios*, qui sont le prolongement de la peau et de l'épiderme. Mais, arrivé dans la matrice, il se recouvre, suivant eux, de deux autres membranes adventives, la *caduque* et la *caduque réfléchie*. Celles-ci, analogues aux fausses-membranes, résultent d'une exhalation produite à la surface interne de cet organe par l'excitation sympathique qu'il éprouve pendant l'acte de la fécondation. Mais que d'opinions, que d'hypothèses sur la manière dont ces membranes revêtent le germe ou l'œuf qui le contient! Ici on considère la *caduque* comme un sac continu, sans ouverture, qui tapisse la cavité de la matrice, et dont une moitié, réfléchie sur l'autre, s'applique sur l'œuf qui la réfléchit comme un bonnet de coton sur la tête. Là, au contraire, on y admet des ouvertures qui répondent aux orifices de la matrice, et par l'une desquelles l'œuf pénètre dans l'intérieur de cet organe. Alors, dit-on, la caduque tombe ou s'applique immédiatement sur l'œuf, et se recouvre aussitôt d'une autre membrane qu'on nomme réfléchie, et dont la génération est due à une excitation secondaire de la matrice par l'arrivée du germe fécondé. Enfin, ailleurs on croit que l'œuf, à son entrée dans la matrice, n'y rencontre qu'une substance muqueuse ou gélatineuse, dans laquelle il s'enfonce, et dont il écarte ensuite les molécules ou les filamens, pour les étendre en forme de membranes sur la surface interne de son nouveau domicile. Quoi qu'il en soit, la caduque et la caduque réfléchie ne sont séparées, dit-on, que dans le commencement de la grossesse; elles se réunissent ensuite, du troisième au quatrième mois, et ne forment plus qu'un feuillet ou une lame qui se termine à la circonférence du placenta, et se confond avec le tissu cellulaire de ce corps. Il résulte de là que la formation, la structure et l'usage de cette double enveloppe sont encore fort obscurs. Au surplus, il n'est pas aussi facile de les apercevoir et de les démontrer qu'on le pense. Nous en dirons autant de la *vésicule ombilicale*, ainsi appelée parce qu'on la trouve constamment collée à l'ombilic dans le premier temps de la gestion; mais elle s'en écarte ensuite, à mesure que le fœtus se développe, et finit par disparaître. On la rencontre néanmoins quelquefois à la racine ou sur la circonférence du placenta. Elle contient un fluide blanchâtre, qu'on compare au jaune de l'œuf, et qui sert de nourriture à l'embryon pendant qu'il est encore libre dans la matrice. Elle communique avec l'intestin par un canal, et avec l'artère et la veine mésentériques supérieures par des vaisseaux, auxquels on donne le nom de vaisseaux omphalo-mésentériques. Nous croyons que la connaissance de ces membranes n'est pas d'une indispensable nécessité sous le rapport de l'art des accouchemens; nous épargnerons donc à nos

lecteurs l'ennui d'une discussion qui ne ferait qu'accroître ce volume, sans en augmenter l'utilité, et nous nous bornerons, dans cet article, à ce qui concerne les membranes chorion et amnios, le placenta, les eaux de l'amnios et le cordon ombilical.

SECTION PREMIÈRE.

Du chorion et de l'amnios.

Le chorion, la plus extérieure des membranes qui enveloppent le fœtus, paraît avoir plus d'analogie avec le tissu fibreux qu'avec tout autre. Il adhère à la matrice dans la plus grande partie de son étendue, et sa face externe paraît recouverte d'une espèce de duvet ou de pulpe, dont quelques physiologistes ont pris les différens filets pour autant de vaisseaux lymphatiques, et d'autres pour les fibrilles des prétendues membranes caduque et caduque réfléchie. Mais ne serait-on pas porté à croire que ce duvet n'est qu'un tissu cellulaire extrêmement fin, qui unit le chorion avec la matrice pendant la grossesse? Et quant au suc adipeux qu'on trouve quelquefois dans le voisinage du placenta, ne paraît-il pas se former plutôt entre la matrice et le chorion qu'entre les prétendues lames de cette membrane, ou entre celle-ci et la caduque réfléchie de Hunter?

L'amnios appartient à l'ordre des membranes séreuses. Il est mince et transparent, un peu plus épais et un peu plus ferme que le chorion, auquel il est uni dans toute l'étendue de sa face externe par un tissu cellulaire très-fin, tandis que sa face interne, lisse et polie, est contiguë au fluide qui baigne le fœtus.

Ces deux membranes, loin de former une gaîne au placenta, passent au contraire sous cette masse spongieuse, et se réfléchissent ensuite sur le cordon ombilical, qu'elles accompagnent jusqu'à ce qu'elles rencontrent la peau du fœtus. Suivant Hewsson, le chorion s'enfonce aussi dans le placenta avec les vaisseaux du cordon ombilical, qu'il suit jusqu'à leurs dernières ramifications. Vers l'origine du cordon, l'amnios présente une espèce de repli falciforme dont les lames s'écartent, quand on extrait le placenta, et forment une vésicule que quelques anatomistes ont prise pour l'*allantoïde,* qu'on dit être le réservoir de l'urine et communiquer avec la vessie; opinion qui paraîtrait avoir quelque fondement, si l'ouraque, dans le fœtus humain, était creux, comme dans celui de quelques animaux, Au reste, des anatomistes nient l'existence de cette membrane, et il y en a qui la confondent avec la vésicule ombilicale. Elle est donc mal connue, et toute discussion sur ses propriétés ne serait ni moins oiseuse ni moins inutile que sur la caduque ou la caduque réfléchie de Hunter.

Une remarque bien plus importante pour la pratique, c'est que le chorion et l'amnios peuvent être trop denses et trop serrés, ou trop ténus et trop lâches; de là des accidens qui, quoique opposés, n'en sont pas moins dangereux pour la mère et pour l'enfant. Dans le premier cas, la résistance de ces membranes peut retarder

et même empêcher l'accouchement; dans le second, si l'orifice utérin s'ouvre de bonne heure, les eaux de l'amnios, en s'écoulant prématurément, peuvent occasioner une fausse couche; et si les membranes résistent au poids de ce liquide jusqu'au commencement du travail, elles peuvent céder à l'effet des premières douleurs et rendre l'accouchement beaucoup plus long, parce qu'elles ne peuvent plus former une poche qui contribue à dilater l'orifice de l'utérus.

SECTION II.

Du placenta.

Le placenta, ainsi appelé, à cause de sa ressemblance avec une sorte de gâteau, n'est, suivant certains physiologistes, qu'un amas des houppes tomenteuses qui revêtent le chorion au commencement de la grossesse; mais la formation de ce corps est encore un mystère dont on attend l'explication.

La surface externe ou utérine, légèrement convexe, en est recouverte d'une membrane assez délicate, sous laquelle on n'aperçoit que de légères sinuosités, mais qui se déchire avec la plus grande facilité, quand on roule le placenta sur lui-même, de sorte que les lobes dont il est composé, et qui ne sont unis que par un tissu cellulaire très-fin, se séparent alors, et offrent une structure inégale et profondément sillonnée.

La surface interne ou fœtale, au contraire, en est ferme, lisse, polie, et légèrement concave; elle adhère fortement au chorion, qui, conjointement avec l'amnios, recouvre l'admirable plexus vasculaire, d'où le cordon ombilical tire ses racines.

Les dimensions du placenta varient, suivant la constitution de la femme, la vigueur de l'enfant et le lieu de la matrice où ce corps est greffé. Au terme de l'accouchement, il a un pouce ou quinze lignes d'épaisseur à son centre, et un peu moins vers ses bords; la largeur en est de sept à huit pouces, et par conséquent la circonférence de vingt-un à vingt-quatre. Il est alors beaucoup plus petit que le fœtus; tandis qu'il est proportionnellement plus volumineux que lui au commencement de la grossesse; ce qui est bien digne d'être remarqué.

Mais les principales variétés qu'on y observe sont relatives à sa couleur, à sa forme, au lieu de la matrice où il correspond, à l'insertion du cordon ombilical et au nombre des fœtus.

La couleur en est ordinairement rougeâtre, mais elle peut devenir plus ou moins foncée, suivant les indispositions ou les accidens que la femme a éprouvés pendant la grossesse. La phthisie ou le virus vénérien invétéré peuvent en occasioner le décollement partiel, d'où résultent des taches noirâtres, ou des ecchymoses plus ou moins étendues.

On a rencontré des placenta échancrés et semblables à des reins. La forme en est néanmoins le plus souvent circulaire, quelquefois ovale, et toujours aplatie. On en a vu qui étaient séparés en plusieurs lobes, qu'on eût pu prendre pour autant de placenta distincts, sans leurs communications membraneuses et vasculaires.

Le lieu de la matrice où il s'implante n'est point fixe. Le plus communément il en occupe les régions moyennes, sans qu'on puisse néanmoins lui attribuer l'obliquité de ce viscère. Il est très-rare qu'il s'attache au fond, ou au col, et surtout à l'orifice utérin. Lorsque cela arrive, on observe qu'il est moins volumineux qu'à l'ordinaire, et le doigt peut facilement en reconnaître la situation, même avant l'accouchement; mais dans tout autre cas, le lieu de son implantation est seulement indiqué par la direction du cordon ombilical, sur lequel on fait des tractions après l'expulsion du fœtus. Il serait aussi indiqué par la distance de l'ouverture des membranes au placenta, si cette ouverture répondait constamment au centre de l'orifice utérin.

Le cordon ombilical s'insère tantôt vers le centre, tantôt vers les bords du placenta, n'importe le point de la matrice où cette masse répond; de là des placenta en parasol ou en raquette. Dans certains cas, les vaisseaux ombilicaux ne se rendent au placenta qu'après avoir parcouru une certaine étendue des membranes, et après avoir formé un plexus qui se dirige ensuite vers l'un de ses bords, ou une espèce de ceinture qui en embrasse la moitié de la circonférence.

Quel que soit le nombre des fœtus dont la grossesse se compose, ils ont tous des placenta distincts; mais quoique ces corps soient contigus dans une certaine étendue, ils n'ont cependant aucune communication entre eux, puisque l'injection ne peut pénétrer de l'un à l'autre: disposition avantageuse, d'après laquelle un des fœtus peut être malade ou perdre la vie, sans compromettre le salut des autres. Toutefois il est bon d'observer que cette disposition n'est que générale et non universelle; car des praticiens éclairés et dignes de foi, tels que Smellie et nombre d'autres plus modernes encore, assurent avoir vu les artères ombilicales de deux jumeaux communiquer entre elles, même à plein canal, sur la surface fœtale du placenta; ils ont également vu alors le sang, après la section du cordon d'un premier enfant, jaillir par saccades sous l'influence du cœur d'un second.

On a long-temps disputé sur les moyens d'union du placenta avec la matrice. L'observation rejette toute espèce d'anastomose entre leurs vaisseaux, ainsi que toute espèce d'engrenure mamelonnée entre leurs surfaces. Un tissu cellulaire plus ou moins dense paraît être le seul moyen intermédiaire qu'on puisse admettre. La surface du placenta présente aussi des cavités ou aréoles correspondantes aux sinus utérins; cavités qui disparaissent par le décollement des surfaces contiguës, et dont les bords affaissés n'ont plus que l'apparence d'une déchirure. D'après ce mode de communication, le sang de la mère est déposé par les artères utérines dans le placenta, où il s'élabore et se convertit en un suc nourricier que pompent ensuite les radicules de la veine ombilicale, pour le distribuer au fœtus.

Ce n'est donc pas sans raison qu'un auteur appelle le placenta le *poumon physiologique du fœtus*, puisque l'usage et la fonction

de ce corps spongieux sont si analogues à ceux de l'organe respiratoire chez l'enfant après la naissance.

SECTION III.

Du cordon ombilical.

D'où vient qu'on a donné le nom de veine au vaisseau qui porte la nourriture au fœtus, et celui d'artères aux vaisseaux qui en rapportent le superflu à la mère? Conçoit-on pourquoi le langage anatomique, généralement adopté pour désigner les canaux où le sang circule, admet pour ces trois vaisseaux seulement une exception qui cadre si peu avec leurs fonctions?

Quoi qu'il en soit, si l'on n'a égard qu'à la progression des fluides, la veine ombilicale qui, selon Millot, n'est qu'une branche de la veine-porte de l'enfant, et qui, selon d'autres, prend ses racines dans le plexus vasculaire du placenta, se dirige vers le nombril du fœtus. Parvenue derrière l'anneau, elle quitte les deux artères ombilicales dont elle était accompagnée, et s'élève jusqu'à la scissure du foie, le long de la grande faux du péritoine. Là, elle se bifurque, et l'une de ses branches plonge dans le sinus de la veine-porte, tandis que l'autre, sous le nom de canal veineux, se rend dans la veine-cave ascendante. Celle-ci se dégorge ensuite dans le cœur, qui, en se contractant, pousse le sang jusqu'aux extrémités.

Les artères ombilicales ne sont qu'une continuation des artères iliaques profondes ou hypogastriques qui, de la partie postérieure de la vessie, se dirigent avec l'ouraque vers le nombril; de là elles se rendent, en rampant le long de la veine ombilicale, jusqu'au-dessus des membranes où elles se divisent en une infinité de branches, dont le plus grand nombre versent le sang dans la substance même du placenta, et quelques-unes seulement s'anastomosent avec les radicules de la veine ombilicale.

Contournés les uns sur les autres et fortement liés par le tissu cellulaire du chorion, ces trois vaisseaux se réunissent en une espèce de cordon qu'enveloppent les membranes. La veine ombilicale, plus grosse que les deux artères prises ensemble, se replie souvent sur elle-même, et forme des anses ou des nœuds qui la font paraître variqueuse. Les deux artères se réunissent quelquefois en un seul tronc; d'autres fois elles communiquent ensemble par des branches intermédiaires; il est néanmoins fort rare que ces vaisseaux se ramifient. Ils sont recouverts des membranes chorion et amnios qui leur servent de gaîne, et sous lesquelles on trouve une substance molle demi-fluide et gélatineuse, qu'on appelle *gélatine de Warton*. Cette substance entoure encore, au moins dans le premier temps de la grossesse, les vaisseaux ombilicaux, la vésicule ombilicale, l'ouraque et l'allantoïde quand ils existent, ainsi que les vaisseaux omphalo-mésentériques.

Le cordon ombilical paraît entièrement insensible, de même que le placenta et les membranes; le scalpel de l'anatomiste n'y découvre aucune trace de nerfs. Ils paraissent également dépourvus de vaisseaux lymphatiques.

La grosseur, la longueur et la fermeté en sont très-variables. Tantôt il est grêle, maigre et comme desséché; tantôt, au contraire, pâteux et infiltré; son volume égale quelquefois le bras du fœtus, sans avoir pour cela plus de solidité. On y a trouvé une anse d'intestin, lorsque le fœtus était affecté de hernie ombilicale en naissant.

Dans la grossesse composée, chaque fœtus a ordinairement son cordon ombilical; et l'on ne cite qu'un cas rapporté par Méry, où les cordons de deux jumeaux, réunis au milieu de leur trajet, se confondaient en un seul avant leur insertion au placenta.

La longueur du cordon est ordinairement de vingt à vingt-deux pouces, terme moyen qui, quelquefois, s'éloigne beaucoup des extrêmes. Baudelocque en a rencontré qui n'avaient que six pouces, tandis que d'autres en avaient quarante-huit. L'Héritier en avait observé un de cinquante-sept pouces, et Gardien en cite un autre de cinq pieds.

Trop court, le cordon ombilical est sujet au tiraillement pendant la grossesse, surtout quand la matrice contient beaucoup de liquide; de là le décollement total ou partiel du placenta, quelquefois aussi la rupture des vaisseaux, l'hémorrhagie et l'avortement; de là encore le renversement de la matrice après l'expulsion du fœtus, si le placenta adhère trop fortement à ce viscère.

Trop long, au contraire, le cordon peut s'entortiller autour du corps, du cou ou des membres du fœtus. On en a vu qui étaient noués en plusieurs endroits; d'autres qui s'étaient entrelacés au même endroit en forme de natte, sans qu'aucune de ces bizarres dispositions eût jamais paru nuire au développement ni à la santé du fœtus; ce qui est entièrement contraire à l'opinion de Smellie et de Levret.

Il se présente une question fort curieuse et fort piquante sur le développement du cordon ombilical; c'est de savoir quand et comment les vaisseaux dont il est composé s'anastomosent avec ceux du placenta. Les physiologistes n'ont encore rien dit de plausible là-dessus.

Discuterons-nous maintenant si le fœtus peut exister dans la matrice sans cordon ombilical? A la vérité, quelques observations sembleraient prouver que cela n'est pas hors de vraisemblance. Ainsi, Heister rapporte qu'un enfant vint au monde sans aucun vice de conformation, quoiqu'il eût le cordon ombilical entièrement pourri. Stalpart Van-Derviel dit aussi avoir vu à La Haye un enfant de quinze mois qui était né sans nombril et sans aucun vestige de cordon ombilical. Enfin, on cite des enfans dont le nombril était entièrement bouché à l'époque de leur naissance. Mais de tels faits, pour mériter quelque confiance, ne devraient-ils pas être plus exacts ou avoir au moins pour garans des auteurs du plus grand poids et d'une véracité à toute épreuve? Or, quels détails a-t-on sur l'enfant dont parle Heister? Était-il vivant ou mort quand il est venu au monde? Les vaisseaux ombilicaux étaient-ils pourris, ou n'était-ce que le tissu cellulaire? Voilà ce qu'on ne dit

pas, et ce qui serait cependant nécessaire pour prononcer. Quant aux autres observations, quel cas peut-on en faire lorsqu'on sait que leurs auteurs ont sacrifié la vérité au plaisir de débiter des choses merveilleuses?

SECTION IV.

De l'eau de l'amnios.

L'eau qui baigne le fœtus dans la cavité de la matrice peut être considérée par rapport à ses qualités physiques et chimiques, à son origine et à ses usages.

Le volume absolu de ce liquide admet presque autant de variétés qu'il y a de femmes grosses. Certaines en rendent deux ou trois livres et même davantage; d'autres, deux ou trois onces seulement. Il est toujours plus abondant lorsque la femme est sur le point d'accoucher, tandis qu'au contraire la quantité relative n'en est jamais plus considérable que dans le commencement de la grossesse, parce que le fœtus est alors très-petit et presque imperceptible.

La pesanteur spécifique de l'eau de l'amnios ne surpasse guère celle de l'eau ordinaire.

La température en est presque toujours constante et à peu près la même que celle de l'animal vivant; elle ne varie qu'entre vingt-neuf et trente ou trente et un degrés.

La couleur en est ordinairement claire et transparente, l'odeur fade et douceâtre, la saveur légèrement salée; elle est quelquefois trouble, laiteuse, verdâtre ou noirâtre, très-fétide, et tellement piquante ou acrimonieuse, que le doigt de l'accoucheur en ressent l'impression. Cela tient le plus souvent à la présence de quelque matière étrangère, comme du sang ou du méconium, à la putréfaction du fœtus, ou à quelque affection de la mère; on l'observe néanmoins, quoique l'un et l'autre se portent bien.

Quand on agite l'eau de l'amnios, elle mousse comme toutes les dissolutions gommeuses. Evaporée, elle laisse un résidu qui contient de l'albumine, de la soude, du muriate de soude et du phosphate de chaux. Selon quelques chimistes, passé les premiers mois de la grossesse, l'albumine dégénère, et dépose un sédiment qui produit la croûte ou l'enduit onctueux dont le nouveau-né est recouvert. Cette opinion est d'autant plus vraisemblable, qu'elle paraît conforme à l'observation; car cette couche ne se rencontre jamais chez les avortons qui naissent avant le sixième et le septième mois de la grossesse; et chez les fœtus qui viennent à terme, elle manque lorsque l'eau de l'amnios est claire, tandis qu'elle acquiert plus ou moins d'épaisseur ou d'étendue, lorsque ce liquide est trouble et bourbeux.

Quelle est l'origine de l'eau de l'amnios? vient-elle du fœtus ou de la mère? D'abord elle existe lorsque le fœtus est encore imperceptible, et la quantité relative en est même d'autant plus considérable que la grossesse est moins avancée, ce qui prouve qu'elle n'est pas le produit de la transpiration fœtale; ensuite on ne peut l'attribuer à la sécrétion de l'urine, puisque le fœtus ne laisse pas d'en être environné, malgré l'imperforation de la verge ou du

méat urinaire ; joint à cela que le sac où la plupart des moles sont contenues en est toujours rempli. D'un autre côté, l'eau de l'amnios devient jaunâtre lorsque la femme fait usage de safran, et ce liquide acquiert la propriété de blanchir le cuivre lorsqu'elle reçoit des frictions mercurielles : preuve manifeste du rapport qui existe entre ce liquide et ceux de la mère. D'ailleurs, les expériences de Monro n'ont-elles pas suffisamment démontré l'existence de vaisseaux exhalans sur la surface de l'amnios? Pourquoi donc cette membrane, de même que la plèvre, le péricarde et le péritoine, ne serait-elle pas regardée comme la source du liquide qu'elle contient? Les fluides séreux fournissent à l'analyse les mêmes produits que l'eau de l'amnios. Il est donc très-vraisemblable qu'ils sont de même nature ; et s'il y a quelque différence, c'est parce que celle-ci s'accumule autour du fœtus, au lieu que les fluides séreux sont résorbés sur-le-champ. Mais l'absence des absorbans sur les membranes des animaux vivipares et ovipares explique assez ce phénomène, sans détruire l'analogie qui parait exister entre l'amnios et les membranes séreuses.

Quant aux usages de l'eau de l'amnios, des auteurs anciens et même assez modernes prétendent que ce liquide inspiré ou avalé sert à rafraîchir ou à nourrir le fœtus. Mais cette hypothèse est si contraire à la saine physiologie, qu'elle ne saurait mériter une sérieuse réfutation. Il est bien plus naturel de considérer les eaux de l'amnios comme un moyen dont la nature se sert pour mettre la mère et le fœtus à l'abri des accidens qu'ils courent pendant la grossesse, tels que les chutes et l'impression des corps externes ; pour empêcher l'adhérence du fœtus avec ses enveloppes, ou celle de ses membres avec le tronc dont elles empêchent le contact immédiat ; pour favoriser la dilatation de la matrice pendant la grossesse, et celle de son orifice pendant le travail de l'accouchement ; peut-être aussi pour humecter les parties de la génération et faciliter l'expulsion de l'enfant.

Mais, pour produire tous ces avantages, l'eau de l'amnios doit être dans une certaine proportion avec le volume du fœtus. Car si la quantité en est excessive, la grossesse devient pénible, et le fœtus prend quelquefois de mauvaises positions ; le cordon ombilical s'échappe dès que les membranes sont rompues, ce qui l'expose à la compression ; le travail est retardé, ou la matrice tombe dans l'inertie. Dans le cas contraire, les mouvemens du fœtus sont plus bornés, même gênés ; la grossesse devient incommode, douloureuse ; l'avortement est à craindre.

Les accoucheurs pensent qu'il peut s'amasser entre les membranes une certaine quantité de sérosités qui portent le nom de *fausses eaux*, et qui s'écoulent quelquefois avant l'accouchement ; mais il est certain que les membranes n'ont présenté aucun écartement chez les femmes sujettes à ces sortes d'écoulemens prématurés. D'ailleurs, ne serait-il pas possible, comme des auteurs l'observent, qu'on eût pris pour de fausses eaux l'urine que la femme rend involontairement vers la fin de la grossesse, ou même l'eau

qui sort de la cavité des membranes, lorsqu'elles ont été rompues au-dessus de l'orifice utérin, ou enfin le liquide contenu dans les enveloppes d'un autre fœtus mort et dissous peu de temps après la conception?

ARTICLE VIII.

De la progression des fluides chez le fœtus.

Schreger, en Allemagne, considérant que le fœtus ne se développe pas toujours dans la matrice, mais quelquefois dans les trompes, dans l'ovaire, ou dans l'abdomen, n'admet pour tous ces cas qu'un mode général de circulation. Il pense donc que dans la grossesse, soit utérine, soit extra-utérine, le placenta ne reçoit de la mère que des fluides séreux qui, pompés par les vaisseaux lymphatiques du cordon ombilical, sont portés successivement dans le canal thorachique du fœtus, dans la veine sous-clavière gauche, dans la veine-cave supérieure, dans l'oreillette droite, dans le ventricule pulmonaire, dans le canal artériel, dans l'aorte et dans toute l'économie. Suivant cette étrange et singulière doctrine, les radicules de la veine ombilicale, privées, comme tous les vaisseaux du même ordre, de la faculté d'absorber, sont réduites à charrier les fluides qu'elles reçoivent des artères ombilicales; donc le placenta n'est considéré que comme un prolongement du fœtus, où le sang se dépouille de son carbone et de toutes ses parties hétérogènes, comme dans les poumons et à la surface du corps chez l'homme qui respire.

On ne saurait néanmoins disconvenir que ce mode de circulation entre la mère et l'enfant ne soit fondé sur quelque analogie; mais ne sait-on pas aussi que ce genre de preuve est souvent trompeur, ou conduit à de faux résultats? Et, dans ce cas-ci, n'est-il pas formellement contredit par l'anatomie et par l'observation? D'abord, on n'a point encore découvert des vaisseaux lymphatiques dans le cordon ombilical, quoique Kruikshank et Mascagni aient démontré que ceux de la matrice se prolongeaient jusque dans la portion utérine du placenta. En second lieu, les hémorrhagies qui accompagnent toujours le décollement brusque de cette masse spongieuse sont une preuve évidente que le sang y passe en nature des artères utérines. Concluons donc que cette nouvelle opinion repose sur des bases plus hypothétiques que démontrées, et plus imaginaires que réelles.

Il n'en est pas ainsi de la théorie généralement admise par les physiologistes; ceux-ci pensent, au contraire, que le sang et le suc préparés dans le placenta pour l'aliment du fœtus y sont absorbés par les radicules de la veine ombilicale, qui les transmettent ensuite jusqu'à la surface concave du foie. Là, une portion en est détournée au profit de ce viscère, et, après s'être mêlée dans la veine-porte avec le sang qui revient de l'abdomen, elle est reportée par les veines hépatiques dans la veine-cave inférieure où se dégorge aussi le canal veineux qui est la continuation de la veine ombilicale.

Arrivé au cœur, le fluide nourricier se mêle en partie avec le sang que l'oreillette droite reçoit de la veine-cave supérieure, ou passe tout entier dans l'oreillette gauche par le trou de Botal ; cette oreillette le verse dans le ventricule du même côté, qui le chasse dans l'aorte et ses divisions. Ce tronc artériel le conduit ensuite à la tête et aux membres thorachiques. Revenu de ces parties dans la veine-cave supérieure, il est reversé dans l'oreillette et le ventricule droits, d'où il est projeté dans l'artère pulmonaire. Celle-ci, non loin du cœur, envoie deux très-petites branches aux poumons, et se prolonge sous le nom de canal artériel jusqu'à l'aorte descendante, dont les ramifications le distribuent à la poitrine, à l'abdomen, aux extrémités inférieures, et le renvoient même au placenta par les artères ombilicales.

On peut donc considérer le sang du fœtus comme partagé en deux colonnes qui, dans leur progression, s'entre-croisent au cœur, en formant une espèce de huit de chiffre ; l'une, poussée par le ventricule aortique, arrose les parties supérieures, tandis que l'autre part du ventricule pulmonaire, pour gagner les parties inférieures et retourner au placenta.

Si l'on considère maintenant que la colonne de sang qui se revivifie dans la veine ombilicale est la plus grosse et la plus riche en principes, et que l'autre, plus petite, au contraire, s'appauvrit continuellement en s'éloignant du cœur, on concevra sans peine pourquoi le foie est proportionnellement plus rouge et plus volumineux dans le fœtus que dans l'adulte ; pourquoi la tête et les membres thorachiques s'accroissent plus rapidement avant la naissance que le reste du corps ; pourquoi le poumon est compacte, d'un brun foncé, et affaissé sur lui-même avant la respiration ; pourquoi cet organe, au lieu de surnager, se précipite dans l'eau. Or, ces phénomènes, dont l'explication découle naturellement des principes que nous venons d'exposer, ne prouvent-ils pas que cette théorie cadre avec l'observation, et n'en attestent-ils pas, sinon la vérité, du moins la très-grande vraisemblance ?

Tout paraît donc concourir à faire adopter ce mode de circulation chez le fœtus, en attendant qu'on en découvre un autre qui mérite la préférence. Nous observerons seulement que le cours n'en est pas aussi régulier ni aussi uniforme qu'on pourrait le croire, jusqu'à la fin de la grossesse ; car, à mesure que le fœtus s'approche du terme de sa maturité, le trou de Botal est moins ouvert, le canal artériel se rétrécit, et le poumon reçoit plus de sang ; de là quelques modifications que la circulation fœtale éprouve pendant la grossesse, et qui ne sont que le prélude ou le commencement de plus grands changemens qu'elle doit subir pendant le travail de l'accouchement et au moment de la naissance.

SECTION PREMIÈRE.

Des changemens qui surviennent dans la circulation du sang chez le fœtus pendant le travail de l'accouchement.

La plupart des phénomènes qui accompagnent le travail de

l'accouchement prouvent jusqu'à l'évidence que la matrice se contracte ou se resserre pour expulser le fœtus. Les vaisseaux qui forment ce viscère doivent donc nécessairement diminuer de calibre et changer de direction; d'où il résulte qu'ils reçoivent moins de sang et qu'ils en transmettent aussi beaucoup moins aux cellules du placenta. On conçoit même qu'à une certaine époque ce corps spongieux ne reçoit plus une seule goutte de sang de la matrice, soit parce qu'il en est entièrement décollé, soit parce que les sinus utérins sont trop comprimés. Alors plus de circulation de l'enfant à la mère; le sang revient encore au placenta par les artères ombilicales, mais il n'y retrouve plus ce suc réparateur qui le rendait si propre à la nutrition pendant la grossesse. Il est donc forcé de retourner au fœtus tel qu'il en était sorti, c'est-à-dire dans un état d'appauvrissement dont la durée ne pourrait manquer d'être dangereuse, si elle était long-temps continuée.

Cependant la matrice redouble ses efforts; le placenta est affaissé et comprimé; il ne peut s'abreuver de sang comme à l'ordinaire. Alors le fœtus cesse de communiquer avec ce corps, et la veine ombilicale ne charrie plus que la faible portion de sang qui lui est transmise par quelques radicules des artères de même nom. Cet état, plus dangereux encore que le précédent, rend aussi plus nécessaire la terminaison du travail pour le salut de l'enfant.

Enfin, les contractions de la matrice sont portées à leur dernier période; le cordon ombilical, à son tour, est comprimé, et la circulation du fœtus est entièrement interrompue. Dès-lors le sang est arrêté dans les artères ombilicales; il s'accumule dans l'aorte, dans le canal artériel, dans le ventricule droit et l'oreillette correspondante; la veine-cave supérieure s'engorge, et le sang qui, de la tête revient au cœur, retarde et arrête son cours. D'un autre côté, la veine-cave inférieure continue encore de se vider dans l'oreillette gauche et le ventricule aortique, d'où le sang ne peut être poussé que vers la tête; en sorte que les vaisseaux du cerveau, distendus par le sang qu'ils ne peuvent chasser dans les jugulaires et par celui qui leur arrive des carotides, compriment l'origine des nerfs et produisent un état apoplectique, toujours dangereux s'il persévère, ou se rompent et donnent lieu à un épanchement mortel.

Tels sont les changemens qui arrivent à la circulation fœtale pendant le travail: changemens qui sont encore une conséquence de la théorie adoptée par les physiologistes, et qui expliquent pourquoi le fœtus est pâle ou privé de sang, lorsqu'après le décollement prématuré du placenta, la matrice tombe dans l'inertie, ou ne se contracte que faiblement. Dans ce cas, le sang circule encore du fœtus au placenta, mais il s'en épanche à tout instant une portion dans la cavité de la matrice, et la veine ombilicale ne reçoit plus rien de la mère qui puisse le dédommager de cette perte.

C'est encore d'après les mêmes principes qu'on peut se rendre raison du danger qui menace le fœtus, lorsqu'après l'écoulement des eaux, la tête séjourne trop long-temps au passage, malgré les violentes contractions de la matrice. Alors les vaisseaux de la tête s'engor-

gent, le sang comprime le cerveau ou s'épanche dans ce viscère; le visage se goufle, et l'apoplexie ou la mort sont la suite de ce long et pénible travail.

Enfin, le même raisonnement conduit, par une conséquence nécessaire, aux véritables moyens de prévenir ces funestes accidens: Favoriser l'expulsion du fœtus, telle est la première indication à remplir; ensuite se bien garder de lier le cordon ombilical, mais se hâter au contraire de le couper, et de le faire dégorger jusqu'à ce que la congestion sanguine qui menace la tête soit dissipée; voilà la seule ressource qui reste à l'accoucheur pour sauver l'enfant trop gorgé de sang ou déjà frappé d'apoplexie.

On ne saurait donc approuver les auteurs qui, dans cette circonstance, recommandent de conserver le cordon ombilical entier, afin de revivifier l'enfant par le sang de la mère! Quel avantage peut-on retirer de cette pratique dangereuse, puisque le placenta ne communique plus avec la matrice, et que la circulation est suspendue chez le fœtus? Tenir alors l'enfant auprès de la mère, sous prétexte de le réchauffer, n'est-ce pas le faire croupir dans l'ordure, et l'exposer encore à l'asphyxie, maladie non moins redoutable que la première?

Il n'en serait pas de même, si l'enfant était né pâle, décoloré, anémique ou exsanguin. Nous croyons qu'alors il serait utile et même nécessaire de conserver le cordon, jusqu'à ce que la respiration fût complètement établie. Dans des cas de cette espèce, on a vu périr des enfans dont on ne pouvait attribuer la mort qu'à leur trop prompte séparation d'avec la matrice ou d'avec le placenta. Il ne leur restait pas assez de sang pour stimuler le cœur et lui conserver le mouvement.

SECTION II.

Des changemens qui arrivent dans la circulation fœtale immédiatement après la naissance.

L'enfant n'est pas plus tôt expulsé du sein de la matrice, qu'il éprouve le besoin de respirer. Aussitôt le cerveau, centre de toutes les perceptions, commande aux muscles inspirateurs, et la poitrine s'élève, s'agrandit; l'air pénètre et dilate les poumons; quelques cris se font entendre et la vie est complètement établie.

Dès-lors, par un mécanisme inconcevable, le sang ne passe plus dans le canal artériel qui s'oblitère; la portion de ce liquide qui retournait au placenta arrose les poumons; le trou de Botal se ferme; le sang rapporté au cœur par les deux veines-caves se mêle dans le ventricule pulmonaire; quelques pulsations se manifestent dans le cordon ombilical, et le bout qui tient au fœtus verse peu de sang; enfin ce bout se flétrit, se dessèche et tombe peu de temps après.

Ce nouveau mode de circulation est essentiellement lié à la respiration du fœtus; car il persévère après la naissance, tant que cette dernière fonction est libre, et il s'interrompt au contraire dès qu'elle devient laborieuse. Dans le premier cas, la ligature du

cordon ombilical est absolument inutile, et l'enfant ne risque point de périr d'hémorrhagie, puisque le sang ne trouvant aucun obstacle dans les poumons, ne tend plus à repasser dans le canal artériel, ni à retourner au placenta par les artères ombilicales. Mais il n'en est pas de même si l'enfant est emprisonné dans un maillot qui serre et comprime sa poitrine, ou bien s'il vient à pousser des cris aigus, à cause de quelques impressions fâcheuses; alors la respiration cesse ou se ralentit, et le sang reprend encore le cours qu'il suivait avant la naissance. Qu'arrive-t-il? si les artères ombilicales sont encore ouvertes, le sang s'en échappe avec rapidité, et l'enfant périt baigné dans ce liquide. Au contraire, le cordon est-il lié, il s'engorge et s'agite quelque temps; mais bientôt le visage du fœtus se gonfle et devient livide; le cerveau est comprimé, et l'enfant succombe à l'apoplexie, à moins qu'une main secourable ne délie le cordon, et ne produise une prompte et salutaire dérivation.

D'après ces changemens dans la circulation fœtale, on expliquera facilement pourquoi la poitrine de l'enfant qui a respiré est plus élevée, plus voûtée, plus arrondie et plus évasée en tous sens; pourquoi ses poumons sont plus volumineux et plus pesans par rapport à tout le corps, tandis qu'ils sont spécifiquement plus légers qu'avant la naissance; pourquoi ces organes recouvrent le péricarde et le cœur; pourquoi ils surnagent, quand on les projette en masse ou en partie dans l'eau, tandis qu'ils s'enfonçaient auparavant dans ce liquide; pourquoi ils sont d'une couleur plus rouge, et moins foncée; pourquoi ils donnent plus de sang quand on les coupe, et pourquoi ils crépitent sous le tranchant du scalpel, comme les corps spongieux, élastiques et emphysémateux; pourquoi le canal artériel et le canal veineux sont vides, tandis que les vaisseaux pulmonaires sont gorgés de sang; pourquoi le trou de Botal est fermé, le diaphragme déprimé, la vessie entièrement ou presque exempte d'urine et l'intestin de méconium.

ARTICLE IX.

De la nutrition du fœtus.

Comment se nourrit le fœtus, et d'où tire-t-il l'aliment qui le fait vivre et croître avant la naissance? Cette question, entièrement oiseuse pour le physiologiste qui réfléchit sur l'origine et la progression des fluides chez le fœtus, présente encore bien moins d'intérêt à l'accoucheur, dont le principal objet est de savoir, non comment le fœtus subsiste dans la matrice, mais comment il en sort quand il est à terme. Nous espérons donc que le lecteur nous saura quelque gré de lui avoir épargné la froide et stérile récapitulation de toutes les rêveries physiologiques sur la nutrition fœtale. Certes, il faut l'avouer, après avoir exposé la connexion du placenta avec la matrice, nous ne pouvons concevoir comment on n'éprouve pas une répugnance insurmontable à discuter encore si les sucs nourriciers viennent de la mère au fœtus par le cordon ombilical?

Au reste, que signifient ces anciennes hypothèses, où l'on fait sucer au fœtus certains mamelons utérins, dont personne n'a encore prouvé l'existence, ou ses propres mamelles dont il ne peut approcher les lèvres? Quoi! l'impossibilité d'expliquer cet instinct naturel qui porte l'enfant à téter sa mère immédiatement après la naissance, peut-elle justifier les erreurs ou les absurdités qu'on a imaginées pour le faire vivre dans la matrice? D'ailleurs, en admettant la succion dans ce viscère, comment expliquera-t-on la nutrition, soit des fœtus acéphales, soit de ceux dont la bouche est fermée par une membrane, ou dont les mâchoires et les lèvres sont divisées comme dans le bec-de-lièvre compliqué?

Ce que nous avons dit de la succion peut s'entendre aussi de la déglutition. Nous nous garderons bien de croire que le fœtus avale la liqueur de l'amnios, après l'avoir vu naître, non-seulement avec l'occlusion des lèvres et des narines, mais encore avec l'adhérence membraneuse de la langue aux gencives, et avec des intersections qui séparaient l'estomac du duodénum, ou la portion grêle de la portion grosse de l'intestin. Qu'il absorbe en partie l'eau de l'amnios, nous ne trouvons absolument rien qui répugne dans cette hypothèse; mais loin d'admettre la nécessité d'un tel aliment, nous le regardons au contraire comme absolument inutile, attendu que les sucs apportés par le cordon ombilical suffisent, et que, d'ailleurs, la nature ne multiplie pas ordinairement ses moyens pour arriver au même résultat; tout nous porte donc à croire que le fœtus reçoit la vie et l'accroissement de la mère par l'intermède du placenta et du cordon ombilical. C'est là une vérité démontrée par les hémorrhagies utérines qui font périr le fœtus avant la naissance, et par les hémorrhagies du cordon ombilical qui peuvent tuer la mère, lorsque le placenta est encore adhérent. Mais le sang passe-t-il de la matrice au fœtus? Quoique certains auteurs l'aient pensé, il faut convenir que leur opinion est trop opposée à la saine physiologie pour avoir encore des partisans. D'abord, il est de fait qu'il n'y a aucune anastomose immédiate entre les vaisseaux utérins et ceux du placenta. Ensuite, l'injection des artères utérines ne pénètre point jusqu'à la veine ombilicale; d'ailleurs le sang de la mère ne serait-il pas trop animalisé pour le fœtus, et le corps encore frêle et délicat de ce dernier, surtout au commencement de la grossesse, ne serait-il pas froissé et pour ainsi dire écrasé par l'impétuosité de ce liquide, s'il n'était modifié en circulant dans le système utérin? Aussi les physiologistes modernes ne lui accordent-ils à cette époque d'autre nourriture que le reste de la substance contenue dans la vésicule ombilicale d'où il tirait ses provisions, pendant son trajet ou son voyage depuis l'ovaire jusqu'à la matrice, à travers la trompe. Examinerons-nous si le placenta peut être considéré comme un foie ou un poumon physiologique, et s'il est destiné à colorer ou à régénérer, à dépurer ou à réchauffer le sang du fœtus? Ce qui paraît le plus vraisemblable, c'est que le sang versé par les sinus utérins dans les cellules du placenta y dépose seulement les matériaux d'un suc nourricier, qui s'élabore en circulant dans le

tissu vasculaire de ce corps spongieux, pour être ensuite pompé par les radicules de la veine ombilicale, et porté à sa destination. En attribuant au placenta cette fonction qui paraît si naturelle, on conçoit que le fœtus ne doit recevoir que des fluides blancs ou séreux extrêmement ténus, lorsqu'il est à peine ébauché, ou lorsqu'il n'offre encore qu'un amas de gélatine; mais ensuite, à mesure qu'il se développe et qu'il suit pour ainsi dire les accroissemens progressifs du système utérin dont il fait partie, il reçoit des sucs qui, devenant plus colorés et plus substantiels de jour en jour, le conduisent au terme de sa maturité. Alors la matrice, dont la fonction nutritive est terminée, se contracte et se débarrasse du dépôt qui lui avait été confié; l'enfant naît et commence un nouveau mode de nutrition et de vie.

ARTICLE X.

De la viabilité du fœtus.

La viabilité n'est autre chose que la possibilité de vivre; le fœtus est donc censé viable, lorsqu'au moment de sa naissance il a les organes assez développés ou une constitution assez parfaite pour exécuter toutes les fonctions de la vie.

Si l'on examine un certain nombre de fœtus à terme ou à une époque quelconque de la grossesse, il est très-difficile, pour ne pas dire impossible, d'en trouver deux qui aient le même degré de force, de vigueur et de santé. On observe, au contraire, parmi eux autant de différences sous le rapport de la constitution, qu'il y a d'individus; ce qui doit nécessairement dépendre d'une infinité de causes qui influent sur l'accroissement du fœtus dans le sein de la mère.

Il suit de là que l'époque de la viabilité n'est point invariable, comme on l'a prétendu, et qu'elle ne peut être déterminée d'une manière exacte et précise, en considérant seulement le temps qui s'est écoulé depuis la conception. D'abord il n'est pas facile de constater l'âge du fœtus lors même qu'on s'en rapporte à l'aveu de la mère, qui est assez souvent intéressée à tromper; en second lieu, il est encore très-rare que tous ceux qui naissent à la même époque soient également développés, ou aient leurs organes également propres à remplir les fonctions de la vie. Ils exigent tous des soins différens plus ou moins assidus, et plus ou moins sagement administrés pour continuer de vivre. Le plus grand nombre même périssent en très-peu de temps, malgré tous les soins qu'on leur prodigue. Baudelocque a vu naître beaucoup d'enfans vivans au terme de six mois, et pas un n'a survécu au-delà de cinq ou six jours; parmi ceux de cinq mois, aucun n'a été au-delà de quelques heures; et la majeure partie de ceux de sept mois n'ont point parcouru une plus longue carrière que les enfans de six. Le même praticien n'ignore point qu'on cite beaucoup d'exemples pour faire croire le contraire; mais nous croyons comme lui qu'il y a eu souvent excès de crédulité, erreur ou mauvaise foi à cet égard.

Que faut-il donc penser des physiologistes qui fixent l'époque

de la viabilité à sept mois révolus, et croient, avec Hippocrate, qu'il y a plus d'espoir à fonder sur un fœtus de sept mois que sur celui de huit? N'est-ce pas là, sauf le respect qu'on doit au père de la médecine, une de ces opinions que l'expérience contredit formellement, et dont l'absurdité saute aux yeux? car elle tend à diminuer l'espoir de conserver le fœtus à mesure qu'il approche du terme de sa maturité parfaite, ou qu'il acquiert plus d'aptitude à vivre : paradoxe le plus outré qu'on puisse imaginer, et qui ne peut certainement avoir pris naissance que dans la supposition non moins gratuite que chimérique de la culbute du fœtus à sept mois.

Toutefois, il faut convenir, avec des accoucheurs distingués, que les accidens qui proviennent ou accompagnent l'accouchement doivent influer sur la viabilité du fœtus. Ainsi, qu'une femme accouche naturellement à sept mois, elle aura plus d'espoir de conserver et d'élever son enfant, que si elle accouchait à huit et même à neuf mois, par l'effet d'une violence externe, ou d'une maladie aiguë.

Concluons donc que les signes les moins équivoques de la viabilité du fœtus sont ceux de sa maturité parfaite, et non ceux qu'on tire de l'époque de la grossesse. Un enfant, à l'époque de sa naissance, n'offre-t-il ni vice de conformation dans ses organes, ni maladie incurable, telle que l'hydrocéphale ou le spina bifida; exécute-t-il avec liberté les fonctions naturelles propres à cet âge; surtout respire-t-il d'une manière complète, on peut, sans attendre une expérience de six mois, déclarer hardiment qu'il peut continuer de vivre. Certes, il faudrait n'avoir aucune habitude de voir des nouveau-nés, pour désespérer de ceux qui ont les membres bien proportionnés, les doigts et les orteils séparés et garnis d'ongles légèrement saillans, les paupières bien fendues et bordées de cils, la prunelle ouverte, les narines et la bouche bien conformées, le sternum presque ossifié, la tête couverte de cheveux, les sutures médiocrement écartées, la fontanelle postérieure effacée et l'antérieure peu évasée. Tout porte alors à regarder ces enfans comme viables, surtout lorsque leurs cris se font bien entendre, lorsqu'ils lancent un filet d'urine en commençant de respirer, lorsqu'ils éternuent, et qu'ils saisissent bien le mamelon de la mère ou de la nourrice. Au contraire, si un enfant qui vient de naître n'offre qu'une organisation encore frêle et imparfaite; si sa peau est marbrée et d'un rouge vif au visage, aux mamelles, au scrotum, à la paume des mains et à la plante des pieds; s'il n'a la tête recouverte que de poil follet, s'il a les sourcils et les paupières dégarnies, s'il respire surtout avec difficulté et en poussant des cris plaintifs, on n'a que peu ou point d'espoir de le conserver. Ce sont là, en effet, des caractères d'immaturité bien manifestes et qui annoncent une mort prochaine, quoique le fœtus ait déjà remué les membres, et qu'il ait même vécu quelque temps. Un enfant peut donc naître vivant sans être viable, et quelques heures de vie ne suffisent pas pour assurer la continuation de ce bienfait de la nature.

ARTICLE XI.

De la division du fœtus et de ses principales parties.

La division la plus naturelle du fœtus comprend le tronc et les membres.

La tête et le bassin sont les extrémités du tronc ; entre elles se trouvent le cou, la poitrine et l'abdomen.

La première de ces trois parties intermédiaires est la plus petite ou la plus grêle, et les deux autres ne peuvent jamais apporter d'obstacle à l'accouchement, à moins qu'elles ne se présentent en travers, ou qu'elles ne soient pleines de liquide. Dans l'état naturel, la poitrine résiste faiblement, parce que la charpente osseuse qui en forme le contour est très-mobile ou très flexible ; le bas-ventre, à cause de sa mollesse, s'accommode encore plus facilement à l'espèce de filière qui s'offre à son passage.

Le bassin ne cause guère plus de difficulté, lors même que le fœtus vient en double ou à reculons. Beaucoup moins solide que celui de l'adulte, il est composé de quatorze pièces osseuses, dont quelques-unes sont encore à l'état de cartilage, et les autres ont les bords incrustés d'une semblable substance ; de là un certain degré de souplesse et de flexibilité qui, comme l'a observé Deleurie, peut faciliter les différentes attitudes du fœtus dans la matrice ; il peut même favoriser l'accouchement par le siége et par les pieds, en procurant le rapprochement des os du bassin, mais non, comme l'a prétendu le même accoucheur, en y produisant les modifications qu'éprouvent les os du crâne dans l'accouchement naturel. Il suffit de comparer la structure et la connexion des pièces qui composent les deux extrémités du tronc, pour juger qu'elles n'éprouvent pas les mêmes changemens en traversant le bassin de la mère. La tête alors se rétrécit dans un sens, et s'allonge dans un autre, ce qui ne pourrait avoir lieu dans le bassin, sans que le fœtus en fût estropié. Au surplus, l'expérience est ici d'accord avec le raisonnement.

La tête peut être considérée comme la partie la plus solide et la plus volumineuse du fœtus. Elle se présente ordinairement la première au détroit supérieur, et c'est toujours du rapport de ses dimensions avec celles du bassin de la mère que dépend la facilité ou la difficulté et même l'impossibilité de l'accouchement ; il est donc indispensable d'en connaître exactement la structure, la forme et le volume, avant d'exposer le mécanisme par lequel le fœtus vient au monde.

Considérée dans l'état sec, cette espèce de boîte osseuse, à laquelle on donne vulgairement le nom de *crâne*, se divise en deux parties bien distinctes : l'une, supérieure, légèrement convexe et arrondie, renflée sur les côtés, et plus allongée d'avant en arrière qu'en travers, est ce qu'on nomme la voûte du crâne ; l'autre, inférieure, aplatie, plus étroite et moins allongée, soutient la précédente, et peut en être regardée comme la base. La première est formée de cinq ou six os, dont les bords, encore membraneux et

nullement engrenés par des sutures, peuvent se rapprocher, même s'entrecroiser, et favoriser ainsi l'accouchement en produisant une certaine réduction dans le volume de la tête ; la seconde, au contraire, dont les pièces sont plus nombreuses, plus avancées dans leur ossification, et plus solidement articulées, ne jouit d'aucune mobilité, et ne paraît susceptible d'aucune compression au moins sensible.

Il suit de là que, toutes choses égales d'ailleurs, la différence entre la largeur de la voûte et celle de la base du crâne indique la mesure ou le degré de réduction possible pour favoriser l'accouchement; car, si la disproportion de la tête avec le bassin est telle que la base du crâne n'en puisse franchir les détroits, on conçoit sans peine que l'aplatissement de la voûte sera inutile, puisque la base étant incompressible, opposera un obstacle insurmontable, à moins qu'elle ne prenne en s'engageant une direction plus favorable à son passage. C'est à ce changement de position qu'il faut attribuer sans doute ces accouchemens extraordinaires et surprenans, où l'on voit passer des têtes énormes et pour ainsi dire monstrueuses à travers des bassins resserrés; phénomènes bien propres à rassurer le praticien dans les cas qui paraissent les plus difficiles, et à lui prouver qu'il faut encore attendre quelque chose de la nature, lors même que la théorie n'offre plus aucune ressource.

Mais quelle est la différence entre la largeur de la voûte et celle de la base du crâne? En suivant les différens progrès de la tête, depuis la conception jusqu'à la naissance du fœtus, on observe que la voûte diminue respectivement de largeur, à mesure que la grossesse est plus avancée, et qu'à l'époque de l'accouchement elle ne surpasse la base que de six à sept lignes. Alors celle-ci a de deux pouces et demi à trois pouces de large, tandis que la voûte s'étend de trois pouces à trois pouces et demi d'un côté à l'autre.

Si l'on considère seulement la tête du fœtus par rapport à sa forme, ce n'est qu'un ovoïde où l'on peut distinguer cinq régions, deux extrémités, quatre ou cinq diamètres et trois circonférences.

Le sommet, la base, les côtés et le visage, telles sont les cinq régions de la tête. La base ne se présente jamais, à moins que la tête ne soit séparée du tronc; le sommet, au contraire, se présente le plus fréquemment dans les accouchemens naturels.

La tête se termine en arrière et en haut par l'occiput, en devant et en bas par le menton : la première de ces extrémités est plus large, plus obtuse et plus arrondie ; la seconde, plus étroite, plus aiguë et plus allongée. C'est donc bien mal à propos que Levret, dans le siècle dernier, et quelques accoucheurs modernes, tels que madame Lachapelle, le docteur Van Solingen, etc., ont comparé la tête à un cône, dont le sommet serait représenté par l'occiput, et la base par le visage. L'inexactitude et la fausseté de cette comparaison ne sautent-elles pas aux yeux?

Le plus grand diamètre de la tête s'étend du menton à l'occiput, et peut être nommé pour cette raison *occipito-mentonnier;* on l'ap-

pelle le plus communément *diamètre oblique,* parce qu'il est incliné à l'axe de la tête et du tronc. Il a cinq pouces et un quart de longueur.

Le diamètre moyen s'étend du milieu du front à l'occiput. On lui donne le nom de *diamètre longitudinal* ou *occipito-frontal;* sa longueur est de quatre pouces et un quart.

Les deux autres diamètres sont les plus petits ; ils n'ont que trois pouces et demi d'étendue ; l'un traverse la tête du sommet à la base ; et l'autre d'une bosse pariétale à celle qui est opposée. Le premier se nomme *diamètre perpendiculaire,* le second *transversal.*

Outre ces diamètres, on pourrait en considérer encore un cinquième, qui s'étendrait d'un temporal à l'autre, et mesurerait la largeur de la base du crâne, vers la racine des apophyses zygomatiques. On pourrait l'appeler *diamètre auriculaire,* et sa longueur serait de deux pouces et demi à trois pouces.

A ces différens diamètres correspondent aussi différentes circonférences; mais on n'en considère que deux par rapport à l'accouchement, encore ne sont-elles d'aucune utilité pour en expliquer le mécanisme. La plus grande divise la tête en deux hémisphères latéraux, et passe par la symphyse du menton, par le milieu du visage, par les deux fontanelles et par le trou occipital; elle a de treize à quinze pouces de développement. La plus petite coupe la tête transversalement, et passe par les bosses pariétales, ainsi que par le milieu du sommet et de la base; son développement n'est que de dix à onze pouces.

On donne assez improprement le nom de *sutures* aux espaces membraneux qui unissent les différentes pièces de la voûte du crâne chez le fœtus. Les plus remarquables pour l'accoucheur sont la *suture sagittale* ou *médiane,* la *coronale* et la *lambdoïde.* Nous ne parlons point des *sutures écailleuses* ou *temporales,* parce qu'elles sont recouvertes de muscles.

La suture sagittale et la suture coronale forment, en s'entrecoupant, une espèce de lozange membraneux auquel on a donné le nom de *bregma* ou de *fontanelle antérieure,* et auquel on attribue, mais sans raison, un mouvement pulsatif. Ce n'est qu'après la naissance que le refoulement du sang vers le cerveau, déterminé par les cris plus ou moins aigus de l'enfant, peut élever et abaisser la fontanelle antérieure; mais alors ce mouvement alternatif est isochrone avec l'inspiration et l'expiration, ce qui prouve qu'il ne saurait exister lorsque le fœtus est encore dans le sein de sa mère.

On appelle *fontanelle postérieure* la réunion de la suture sagittale avec la suture lambdoïde; mais elle diffère tant de la première, qu'on ne peut les confondre ; celle-ci est quadrangulaire, membraneuse, mince et flexible, au lieu que l'autre est le plus souvent triangulaire, complètement ossifiée, et toujours plus solide au terme de l'accouchement.

On remarque encore, sur les parties latérales de la tête, quatre petites fontanelles, dont deux, situées aux extrémités de la suture coronale, sont recouvertes des muscles crotaphites, et les deux

autres, situées aux extrémités de la suture lambdoïde, sont si peu enfoncées, qu'on peut les distinguer au tact.

La tête, articulée avec le tronc par une espèce de ginglyme, ne peut exécuter qu'un mouvement très-borné en avant et en arrière, et un mouvement plus étendu de pivot ou de rotation; ce dernier tordrait néanmoins le cou, s'il était porté au-delà d'un quart de cercle.

ARTICLE XII.

Conclusion très-importante fondée sur le parallèle de la tête du fœtus avec le bassin de la mère.

Parmi les dimensions de la tête du fœtus, il en est qui surpassent celles du bassin, et d'autres qui leur sont inférieures. Ainsi le diamètre oblique ou occipito-mentonnier de la tête, qui est de cinq pouces et un quart, est plus long que le plus grand diamètre du bassin, qui n'a que cinq pouces; le diamètre longitudinal ou occipito-frontal de la tête, qui a quatre pouces et un quart, est plus long que le diamètre sacro-pubien ou antéro-postérieur du bassin, qui n'est que de quatre pouces, mais plus court que ses diamètres obliques qui ont quatre pouces et demi; enfin, les diamètres perpendiculaire et transversal de la tête, qui sont chacun de trois pouces et demi, sont plus petits qu'aucun des diamètres du bassin.

Or, la facilité ou la difficulté, la possibilité ou l'impossibilité de l'accouchement dépendent toujours de la proportion ou disproportion de la tête avec le bassin; cela est incontestable et sans réplique.

Par conséquent, on ne peut refuser la certitude aux propositions suivantes, qui découlent immédiatement de ces principes.

1° Toutes choses égales d'ailleurs, c'est-à-dire le bassin de la femme étant bien conformé, et la tête du fœtus ayant la forme et le volume ordinaires, l'accouchement est impossible par les seules forces de la nature, lorsque la tête s'engage en présentant le visage, la base ou les côtés, quatre régions auxquelles correspond son diamètre oblique, plus long qu'aucun des diamètres du bassin.

2° L'accouchement serait aussi impossible, si la tête présentait directement le sommet ou la région verticale entre le pubis et le sacrum; car alors le diamètre longitudinal de la tête correspondrait au diamètre antéro-postérieur du bassin, qui est plus court d'un quart de pouce.

3° L'accouchement serait encore difficile, si le sommet de la tête se présentait diagonalement entre l'une des cavités cotyloïdes du bassin et la symphyse sacro-iliaque opposée; car alors le diamètre longitudinal de la tête correspondrait au diamètre oblique du bassin, qui ne le surpasse que d'un quart de pouce, excès qui ne suffirait pas pour prévenir les frottemens et peut-être les obstacles, à moins que la flexion de la tête sur la poitrine ne fît cesser cette disproportion.

4° La condition la plus favorable à l'accouchement est que la tête s'engage diagonalement, de manière qu'une de ses extrémités, l'occiput ou le menton, puisse correspondre au centre du bassin;

car alors les plus petits diamètres de la tête, qui n'ont que trois pouces et demi, répondent aux diamètres obliques du bassin, qui ont un pouce de plus, et cet excès est plus que suffisant pour faciliter l'accouchement, malgré les frottemens de la tête contre les parties molles du bassin.

Voici encore une remarque des plus rassurantes et des plus utiles. Si l'on mesure les dimensions de plusieurs bassins et de plusieurs têtes qu'on prend au hasard, l'expérience atteste que le plus grand nombre des premiers offrent plus de quatre pouces du pubis au sacrum, tandis qu'au contraire le plus grand nombre des dernières offrent moins de trois pouces et demi d'une bosse pariétale à l'autre. Or, n'est-ce pas là une ressource que la nature semble s'être ménagée pour prévenir les obstacles qui peuvent s'opposer à l'accouchement? N'est-ce pas là encore ce qui peut avoir facilité le passage de la tête à travers le bassin, lorsqu'elle présentait le visage? En effet, cette espèce d'accouchement ne saurait être naturel, à moins que la tête ne fût très-petite à l'égard du bassin, cas extrêmement rare, qui, loin d'affaiblir les conclusions ci-dessus, ne ferait que les confirmer. Ajoutez à cela le relâchement des symphyses pelviennes, et la diduction des os du bassin; que de ressources pour faciliter l'accouchement!

SECONDE PARTIE.

De l'accouchement naturel.

L'ACCOUCHEMENT naturel est ainsi appelé, parce qu'il se termine par les seules forces de la nature ou sans le secours de l'art. On peut le considérer comme le complément de la grossesse. C'est une opération plus ou moins tumultueuse qui change les rapports de la femme avec le produit de la conception, et qui, en les séparant l'un de l'autre, les fait passer à une nouvelle existence. Alors le fœtus naît pour commencer une vie plus complète, et la matrice, après s'être agrandie pendant l'espace de neuf mois, se contracte pour revenir à son état ordinaire ou primitif.

Mais ce nouvel ordre de choses ne s'établit pas brusquement et d'une manière instantanée; on observe, au contraire, que l'accouchement présente différentes périodes, et que l'œuf ne sort presque jamais qu'en détail. Ce sont pour ainsi dire plusieurs accouchemens partiels qui se succèdent dans un ordre fixé par la nature, et qui constituent l'accouchement total. D'abord, la matrice se débarrasse de l'eau de l'amnios; puis elle se resserre et s'applique immédiatement sur le fœtus qu'elle expulse à son tour; bientôt après le placenta est chassé avec les membranes, et la femme est délivrée; enfin quelques caillots de sang sortent encore; les lochies coulent pendant quelques jours, et la femme n'a plus qu'à nourrir de son lait un nouvel individu dont elle se glorifie d'être mère.

L'expulsion successive des eaux de l'amnios, du fœtus, de l'arrière-faix et des lochies, telle est donc la marche qu'on observe presque toujours dans l'accouchement naturel; tel sera aussi l'ordre que nous suivrons, pour en étudier le mécanisme et les phénomènes. Nous négligeons entièrement les divisions purement scolastiques qu'on trouve dans les auteurs, et qui n'offrent qu'un jargon inutile et presque vide de sens. La meilleure division, selon nous, est celle qu'on apprend à l'école de la nature : et il nous paraît d'autant plus essentiel de nous y conformer, que la plupart des fautes en pratique ne proviennent que de ce qu'on oublie souvent les leçons de cette sage institutrice. Que de praticiens, et surtout que de matrones auraient à se repentir de l'avoir accusée de lenteur, et d'avoir trop pressé le travail de l'accouchement, en ouvrant une issue prématurée aux eaux de l'amnios, en accélérant l'expulsion du fœtus et du délivre, ou en provoquant quelquefois l'écoulement des lochies!

CHAPITRE PREMIER.

De l'époque, des causes et des signes de l'accouchement naturel.

A quelle époque de la grossesse l'accouchement naturel arrive-t-il? Quelles sont les causes qui le déterminent alors, et quels sont les signes qui l'annoncent? Ce sont là trois questions qu'il est nécessaire de discuter, avant de rechercher le mécanisme de cette fonction, la plus importante pour l'accoucheur et la plus curieuse pour le physiologiste. A combien d'incertitudes et de méprises ne serait-on pas exposé, si l'on ignorait le terme ordinaire de la grossesse que la nature a fixé pour la naissance de l'homme? Quels écarts et quelles funestes erreurs ne commettrait-on pas, si l'on se trompait sur la véritable cause du travail de l'enfantement, et sur les signes distinctifs qui le font reconnaître?

ARTICLE PREMIER.

De l'époque de la grossesse où l'accouchement naturel arrive.

La femme accouche le plus souvent lorsque le neuvième mois de la grossesse est révolu; c'est là un fait incontestable et une loi de la nature généralement observée, sans que la physiologie ait pu en trouver une raison, nous ne disons pas satisfaisante ou péremptoire, mais seulement plausible. Tout ce qu'on a débité là-dessus se réduit à quelques conjectures vagues ou à quelques opinions incapables de soutenir l'attention d'un esprit judicieux.

L'enfant naît ordinairement à neuf mois; voilà ce qui est bien positif, et ce qui doit suffire à l'accoucheur. Ce serait donc une vaine curiosité d'examiner encore si le travail de l'accouchement se déclare à cette époque, parce que l'équilibre se rompt entre les fibres du corps et celles du col de la matrice; ou parce que la distension ultérieure de ce viscère est impossible; ou parce qu'il ne peut plus supporter l'acrimonie des eaux de l'amnios; ou parce qu'il est gorgé du sang menstruel que la veine ombilicale refuse; ou parce qu'il sent alors plus vivement l'agitation du fœtus devenu plus robuste; ou enfin parce que ce dernier est plus pressé par le besoin de naître et de respirer. La simple énumération de ces hypothèses n'en démontre-t-elle pas assez l'insuffisance pour expliquer un phénomène dont la nature s'est réservé le secret? Nous n'insisterons pas davantage sur la prétendue analogie qu'on a établie entre le fœtus à neuf mois et les fruits parvenus à leur maturité, ni sur le besoin de prendre de la nourriture, de rendre ses excrémens, auquel on attribuait sa naissance dans des siècles peu éclairés. Qu'on remonte aux moyens d'union qui existent entre la mère et le fœtus pendant la grossesse, et on verra que ces explications ne sont pas moins éloignées de la vérité que les précédentes.

Quoique la femme se débarrasse pour l'ordinaire à neuf mois de l'œuf ou du produit de la conception, ce serait néanmoins une erreur de croire que la nature est invariable sur ce point, et que

l'accouchement ne peut se terminer avant ou après cette époque. On cite, en effet, quelques exemples de naissances prématurées et de naissances tardives qu'on ne peut révoquer en doute; mais ce sont là des exceptions qui ne font que confirmer une loi fondée sur l'observation. Elles prouvent seulement qu'elle n'est pas universelle, mais elles ne l'empêchent pas d'être générale.

SECTION PREMIÈRE.

Des naissances prématurées.

Notre intention n'est point de parler ici de ces naissances fortuites ou accidentelles, qui sont l'effet de l'avortement ou de la fausse-couche, et qui tournent plutôt au préjudice qu'à l'avantage de l'espèce humaine; il s'agit seulement des naissances prématurées, qui sont déterminées par l'impulsion libre de la nature, et qui n'influent point sur la viabilité du fœtus. En deux mots, la grossesse peut-elle se terminer naturellement avant le terme ordinaire, ou bien la femme peut-elle accoucher avant la fin du neuvième mois? Tel est l'état de la question.

Or, nous avons déjà fait observer que le terme de la viabilité, loin d'être fixe et invariable à neuf mois révolus, pouvait être plus ou moins avancé, suivant les causes qui favorisaient l'accroissement du fœtus dans la matrice. A la vérité, nous avons ouvertement réclamé contre l'opinion de quelques physiologistes qui accordaient plus de viabilité au fœtus de sept mois qu'à celui de huit, et nous avons soutenu que la probabilité de la vie dans les nouveau-nés était, toutes choses égales, en raison directe de leur âge ou du temps de la grossesse. Mais tout cela ne prouve point que le fœtus ne puisse être viable et venir au monde avant la fin du neuvième mois, s'il se trouve dans des circonstances qui hâtent ou accélèrent le terme de sa maturité. Que la conception s'opère, par exemple, dans le sein d'une mère capable de développer le germe en sept mois de temps, et de donner à ses organes le degré de perfection qui est nécessaire pour exécuter les fonctions de la vie; certes, une telle supposition n'a rien qui répugne ou qui choque la vraisemblance. Pourquoi donc le fœtus ne pourrait-il pas venir au monde à cette époque, et continuer de vivre conformément au vœu de la nature? Dans certains climats, on observe que les fleurs se hâtent d'éclore, et que les fruits sont précoces, c'est-à-dire qu'ils mûrissent et tombent naturellement avant l'époque ordinaire de leur maturité; pourquoi donc le fœtus ou le germe de l'espèce humaine serait-il seul à l'abri des causes qui influent sur l'accroissement ou sur la reproduction de tous les êtres en général?

Au reste, les naissances prématurées ou avant terme, dont nous avons démontré la possibilité par le raisonnement et l'analogie, se trouvent confirmées par l'expérience et l'observation. Il n'est pas d'accoucheur qui n'ait vu naître des enfans avant le neuvième mois de la grossesse; et, quoique le plus grand nombre de ceux qui ont été ainsi prématurés aient péri, on peut néanmoins en citer qui, non-seulement ont continué de jouir long-temps du bienfait de la vie, mais dont l'existence semble avoir tenu du prodige.

Tel fut l'enfant presque merveilleux dont l'histoire est rapportée par Brouzet, et que sa mère mit au monde six mois après un accouchement antérieur. Voilà donc une naissance prématurée qui eut lieu entre le cinquième et le sixième mois de la grossesse. Le fœtus était vivant, mais faible et chétif; il ne pleurait point, et il respirait à peine; ses yeux étaient fermés, ses membres flasques et pendans; quelques légers mouvemens et la chaleur du corps étaient les seuls signes qu'il était en vie. On l'enveloppa dans des langes très-doux; on l'exposa à une douce chaleur, et on lui donna un peu de lait tiède qu'il avala. Quatre mois s'écoulèrent sans qu'il poussât la moindre plainte, et sans qu'il rendît aucun excrément; mais, cet intervalle révolu, il se mit à pleurer, à se mouvoir, à téter et à croître comme les autres enfans; si bien qu'à dix mois, nul autre de son âge ne l'égalait en vigueur.

Parmi plusieurs enfans que nous avons vus naître naturellement à différentes époques avant terme, celui qui offrait le plus de signes d'immaturité, et qu'on espérait le moins de conserver, n'avait que six mois et demi de conception. C'était une petite fille, d'une faiblesse extrême, qui était née dans la rue Montmartre; elle eut plusieurs syncopes pendant la première quinzaine; on la nourrit avec un peu d'eau sucrée et de lait; ensuite elle prit le sein, qu'elle ne suça d'abord que faiblement; mais elle se fortifia peu à peu, et finit par faire toutes ses fonctions. Elle a maintenant atteint sa dixième année.

Que conclure de ces deux faits, ainsi que de plusieurs autres, peut-être un peu exagérés, mais dont la vérité, quant au fond, ne saurait être contestée? Doit-on abandonner et laisser périr sans secours les enfans qui naissent avant terme? Non; ce serait là une faute des plus graves, et un trait d'inhumanité qui ne pourrait trouver d'excuse que chez les barbares. Un fœtus naîtrait-il avant le septième, même avant le cinquième mois, il faudrait toujours en avoir soin; et un seul qu'on aurait le bonheur de conserver et d'élever, suffirait pour ne pas désespérer des autres, et pour leur faire administrer à tous les mêmes secours.

Une autre conséquence non moins importante est que le médecin, consulté sur un cas de naissance prématurée, doit user de la plus grande circonspection pour ne point troubler l'union des époux et le repos des familles. Quelquefois c'est un mari inquiet et jaloux qui forme des soupçons injurieux sur la conduite de son épouse, parce qu'elle est accouchée avant terme d'un enfant vigoureux et bien constitué. Il faut alors calmer son imagination, en insistant fortement sur la viabilité ou possibilité de vivre que certains enfans acquièrent avant la fin du neuvième mois. Enfin, les naissances prématurées, incontestables par le fait, le sont encore par le droit, puisque le code civil regarde comme légitimes et viables tous les enfans qui naissent à cent quatre-vingts jours, ou à six mois.

SECTION II.

Des naissances tardives.

La question des naissances tardives a toujours excité de plus

grandes contestations que celle des naissances prématurées, et cela n'a rien d'étonnant, quand on connaît le cœur ou les passions de l'homme. Qu'une femme accouche d'un enfant viable et bien constitué, avant le terme ordinaire de la grossesse, on conçoit que cela peut troubler un moment la sérénité d'un mari, et l'empêcher de se livrer entièrement à la joie d'être père. Mais le calme ne tarde pas à renaître dans son cœur, parce qu'il y trouve bientôt des motifs de consolation qui dissipent une incertitude ou un doute, pour l'ordinaire mal fondé. Il n'en est pas de même lorsqu'une femme accouche plus de neuf mois après la mort, le départ ou la séparation de son époux; l'affaire est alors de la plus haute importance, et présente les plus grandes difficultés. Il s'agit d'accorder ou de refuser l'état civil au nouveau-né, de lui assurer la fortune du père, ou de le déshériter et de le réduire à la condition des enfans illégitimes. Enfin, l'honneur de la mère y est intéressé et en dépend; on la soupçonne, on l'accuse même d'avoir manqué à la foi conjugale. Faut-il donc être surpris que cette question ait été si long-temps débattue, et qu'elle ait eu tant de fois pour défenseurs et pour adversaires les hommes les plus célèbres, la gloire et l'ornement du barreau? On peut consulter là-dessus Accurse, Papon, Choppin, Godefroy, Cujas, Despeisses, Menochius, le Bartole de son siècle; Louet, Richard, Domat, Alphonse de Caranza, Bouteiller, etc.

Les médecins, de leur côté, ne se sont jamais accordés sur les naissances tardives. On compte au nombre de ceux qui les ont rejetées des hommes très-recommandables dans l'antiquité, et parmi les modernes, personne n'en a contesté la légitimité avec plus de chaleur, ou pour mieux dire avec plus d'entêtement que Louis et Bouvard. Qui ne connaît les virulentes diatribes lancées par ces deux champions contre Petit et Lebas? Astruc rejetait aussi les naissances retardées; mais on peut lui reprocher d'avoir fait, selon sa coutume, un vain étalage d'érudition là où il ne fallait qu'un peu de logique et de bon sens. Enfin, Mahon avait embrassé la même opinion, et il faut convenir qu'il la défendait moins en philosophe qu'en vrai partisan.

On peut opposer à ces adversaires l'autorité de ceux qui ont admis les naissances tardives. Dès l'origine de l'art, on distinguait parmi eux Hippocrate et Aristote; dans des temps moins reculés, Zacchias, Eugénius et Bonaventura; enfin, dans le dernier siècle, Antoine Petit, Levret, Dulignac, Panenc, Chomel, Lebas, Lepecq de Lacloture, Roussel et Fodéré.

Mais que sert de faire ici l'énumération des écrivains qui se sont déclarés pour ou contre cette opinion, et dont la dispute, pleine de sarcasmes et d'outrages, ressemblait, en dernier lieu, moins à une discussion littéraire qu'à un combat de gladiateurs? Examinons plutôt les raisons ou les motifs qu'on a fait valoir de part et d'autre, et voyons de quel côté penche la vérité ou la vraisemblance.

D'abord, ceux qui ont rejeté les naissances tardives se sont fondés sur cette loi uniforme et immuable que la nature suit dans la reproduction de tous les êtres: loi qui fixe le terme de la gestation

pour chaque espèce d'animaux, et qui ne peut souffrir que très-peu de retard. Ils ont ensuite allégué l'opposition des lois physiques avec les naissances tardives, et le volume excessif que le fœtus acquerrait par un trop long séjour dans le sein de la mère. Ils ont insisté principalement sur les désordres qui troubleraient les familles, si, à toutes les ressources que les femmes ont pour donner des héritiers à leurs maris, on ajoutait encore la facilité de faire des posthumes à telles époques qu'elles jugeraient à propos, et de frustrer par là des collatéraux à qui appartiennent les biens de leurs époux.

Pour répondre à ces objections, les défenseurs des naissances tardives soutenaient à leur tour que les lois naturelles n'étaient pas si invariables qu'elles ne pussent souffrir quelques exceptions; d'où ils concluaient que la grossesse, qui se termine le plus souvent à la fin du neuvième mois, pouvait néanmoins se prolonger au-delà de ce terme, sans cesser d'être constante et régulière dans sa durée. Ne serait-ce pas maîtriser et même violenter la nature, disaient-ils, que de fixer l'époque de l'accouchement qu'elle n'a pas fixée elle-même d'une manière précise? Et croire que cette sage et habile opératrice ne peut pas se dispenser quelquefois de faire ce qu'elle fait le plus souvent, ne serait-ce pas, suivant la judicieuse remarque de Sénèque, méconnaître sa souveraine puissance? D'ailleurs, si la nature peut être précoce, comme personne n'en doute, pourquoi ne pourrait-elle pas être tardive dans l'exécution de ses desseins? Le col de la matrice ne peut-il pas être plus dur, opposer plus de résistance, et se développer plus lentement qu'à l'ordinaire? Tout ce viscère lui-même ne peut-il pas manquer de contractilité et tomber dans l'inertie à la fin du neuvième mois? On objecte l'exemple des animaux; mais la parité et l'analogie ne sont point exactes, surtout quand il s'agit des ovipares, qui couvent et font éclore leurs œufs plus ou moins lentement; d'ailleurs la durée de la gestation dans les différentes espèces d'animaux est sujette à beaucoup de variations, d'après les recherches et observations de Tessier, savant naturaliste français. L'habitant des campagnes même, tout grossier qu'il est, ne sait-il pas, de temps immémorial, que de deux vaches menées au taureau le même jour, quelquefois l'une met bas plus tard que l'autre d'un intervalle de plusieurs semaines? L'argument tiré des animaux n'est donc rien moins que favorable à ceux qui nient les naissances tardives. Ils invoquent les lois physiques en leur faveur; mais s'il y en a quelqu'une qui force la femme d'accoucher précisément à neuf mois, qu'on la cite. Le fœtus, dit-on, acquerrait un volume extraordinaire s'il restait trop long-temps dans la matrice; mais cela peut seulement faire craindre la difficulté de l'accouchement, et ne prouve pas l'impossibilité des naissances tardives. Enfin, on prétexte que cette opinion renverserait l'ordre social; mais on change alors l'état de la question, et on confond la possibilité des naissances tardives avec leur légitimité, ce qui est bien différent. Que quelques femmes accouchent après le neuvième mois, ce ne sont là que des exceptions à une loi générale; mais qu'on regarde comme légi-

times tous les enfans qui naissent plus tard et à une époque indéterminée, dès-lors on abroge cette même loi de la nature, qui fixe le terme de la gestation, et on ouvre la porte à un déluge de maux. C'est bien alors que le désordre va régner dans la société. Où seront les vrais pères, où seront les vrais enfans? Comment pourra-t-on se reconnaître au milieu de cette épouvantable confusion? Le législateur s'est donc montré bien adroit et bien sage, en ne reconnaissant d'accouchemens légitimes que ceux qui arrivent avant l'expiration du trois centième jour. A la vérité, on sacrifie peut-être par-là quelques individus; mais qu'est-ce que ce léger inconvénient, en comparaison des malheurs affreux que causerait la légitimité de toutes les naissances tardives?

Nous pourrions citer encore une foule de causes auxquelles on avait attribué le prolongement de la grossesse, telles que les affections morales, les chagrins, la débilité, l'épuisement de la femme faute de nourriture, les maladies dont elle peut être atteinte, la faiblesse ou la petitesse du fœtus. Enfin, n'a-t-on pas encore voulu tirer quelque parti de l'analogie qu'on a prétendu trouver entre la reproduction de l'homme et celle des végétaux? Mais de telles raisons sont trop faibles pour mériter un examen sérieux; elles seraient peut-être plus contraires que favorables à ceux qui les ont alléguées.

Quoi qu'il en soit, il résulte de cette discussion, déjà trop longue peut-être, que rien n'empêche d'admettre la possibilité des naissances tardives, puisqu'elle n'a été combattue jusqu'ici que par des preuves pour ainsi dire négatives. Mais le triomphe de ceux qui défendent cette opinion devient encore plus complet, et force les adversaires au silence, si, du tribunal de la raison, on en appelle à celui de la pratique. Il existe en effet des grossesses retardées et par conséquent des naissances tardives. Antoine Petit, Lebas et Lepecq de Lacloture en ont rapporté plusieurs exemples. Il serait peut-être téméraire d'assurer qu'ils ont tous ce caractère de véracité qui entraîne la conviction; mais il en est aussi plusieurs qu'il serait absurde de révoquer en doute. Certaines femmes étaient à l'abri de tout soupçon, et n'avaient aucun motif qui pût les porter à tromper. Telle était cette femme irréprochable dont parle Aulu-gelle, et qui accoucha onze mois après la mort de son époux, sous l'empire d'Adrien. D'autres avaient pour maris des gens de l'art, qui s'étaient assurés par le toucher du commencement de la grossesse. Comment refuserait-on de croire le fait du chirurgien Dulignac, celui du docteur Panenc, qu'il avait raconté lui-même à Chomel, enfin celui que Fodéré avait observé sur sa propre épouse?

Mais de toutes les grossesses retardées, les plus merveilleuses sont celles qu'on lit dans l'histoire de l'Académie des Sciences, et qui ont été rapportées par le célèbre commentateur de Boerhaave. Il s'agit d'une femme qui, après six semaines de mariage, commença d'éprouver les incommodités ordinaires de la grossesse. Les règles n'étaient point suspendues; mais, vers le milieu du cinquième mois, le mouvement de l'enfant se fit sentir, et le sein était déjà gonflé; à huit mois, les mamelons rendaient quelques

gouttes de lait épais et rougeâtre; au commencement du neuvième mois, les jambes se gonflèrent, et les veines en devinrent variqueuses. A onze mois, il se déclara de violentes douleurs dans le dos et le bas-ventre; on appela une sage-femme, qui ne trouva aucune disposition à l'accouchement; le jour suivant, il s'écoula environ trois livres d'eau rougeâtre; les douleurs continuèrent pendant trois jours; les règles coulèrent en petite quantité; enfin les douleurs s'apaisèrent, et la femme se trouva très-bien, à cela près que l'abdomen restait gonflé, et que les mamelles conservaient leur volume.

De très-habiles médecins et chirurgiens furent consultés, et entre autres le célèbre Winslow, qui se trouvait dans une maison de campagne voisine; tous attestèrent que la femme était enceinte.

Au dix-huitième mois de cette grossesse extraordinaire, l'écoulement menstruel, qui avait été rouge jusqu'alors, devint blanc, et reparut toujours aux périodes accoutumées. La femme assurait qu'elle sentait remuer l'enfant; cependant un chirurgien très-expérimenté ayant touché l'abdomen, n'y découvrit aucun mouvement; il trouva seulement le ventre tendu comme un tambour. La femme resta encore seize mois dans le même état; les jambes se désenflèrent, mais les varices ne disparurent point. Enfin, à trente-cinq mois, elle mit au monde un enfant mâle, qui vécut trois jours, et qui était d'un volume ordinaire, ainsi que le placenta; elle releva de ses couches en parfaite santé, et peu de temps après elle offrit encore tous les signes de la grossesse; elle crut sentir aussi le mouvement de l'enfant; le ventre était très-gonflé. Elle resta dans cet état pendant cinq ans et huit mois sans accoucher, jouissant d'ailleurs d'une bonne santé, et conservant la même aptitude aux travaux de son état.

Voilà certainement deux grossesses qu'on peut regarder comme deux grands phénomènes. Mais que doit-on en penser? Les avis sont partagés là-dessus; les uns croient qu'il serait ridicule d'ajouter foi à de tels récits, et les autres accusent de témérité ceux qui voudraient en contester la vérité. Cependant, tout bien considéré, le dernier parti nous paraît plus sûr et plus raisonnable que le premier. Il semble même que ce serait ici le cas de faire l'application de ce fameux adage : Qui trop prouve ne prouve rien.

ARTICLE II.

Des causes de l'accouchement.

Il ne sera point question ici de ces accidens plus ou moins dangereux pour la mère et pour l'enfant qui blessent la matrice, et déterminent l'expulsion prématurée du fœtus ou l'avortement; sorte d'accouchement que la nature désapprouve.

Nous n'entreprendrons pas non plus de dévoiler la cause naturelle qui, à la fin de la grossesse, excite la matrice à se débarrasser du produit de la conception. C'est là un mystère dont on chercherait en vain la raison, et sur lequel la physiologie, toujours féconde en explications, n'a cependant proposé que des chimères. Est-ce

dans le fœtus ou dans la matrice que réside la vraie cause déterminante de l'accouchement? Quoique ces deux opinions aient eu chacune et tour à tour des partisans, la dernière nous paraît néanmoins la plus vraisemblable. Mais on conçoit à peine qu'un accoucheur justement célèbre admette une cause qui agit constamment pendant la grossesse, et dont les effets ne sont sensibles, pour l'ordinaire, qu'à la fin du neuvième mois; comme s'il était possible d'agir et de ne pas agir en même temps. On conçoit encore moins qu'après avoir supposé cette cause dans la matrice, il la fasse mettre en action par le corps qui, à chaque instant, affecte désagréablement les fibres développées de ce viscère. Le fœtus peut-il devenir l'habitant incommode et désagréable du séjour qui lui est naturellement destiné pendant neuf mois? Mais laissons là cette espèce de jargon, et revenons au langage plus intelligible de la pratique, pour nous occuper uniquement de la cause efficiente, soit principale, soit accessoire, de l'accouchement, la seule qu'il importe de connaître.

SECTION PREMIÈRE.

De la cause efficiente principale de l'accouchement naturel.

Il serait presque inutile de réfuter l'opinion du vulgaire ignorant, qui regarde le fœtus comme la principale cause efficiente de l'accouchement; opinion que partageait l'illustre Buffon, malgré ses vastes connaissances en histoire naturelle, et qu'on est tout étonné de retrouver encore dans l'ouvrage très-moderne d'un accoucheur de Montpellier. Comment peut-on raisonnablement faire jouer un rôle actif à l'enfant qui vient au monde, tandis que l'on voit tous les jours la matrice expulser des fœtus avortés, privés de la vie, très-faibles ou dangereusement malades, frappés d'apoplexie ou d'asphyxie, hydrocéphales ou même acéphales? Si l'on attribue l'accouchement à l'action du fœtus, à quoi faut-il attribuer la sortie presque toujours postérieure du délivre et des membranes, celle des moles et des caillots de sang, qui sont des substances entièrement inertes et incapables d'agir?

Tout porte donc à croire que la matrice est la principale cause efficiente de l'accouchement. Excité par un stimulus dont on méconnaît la nature, par le besoin de se débarrasser d'un dépôt qu'il ne peut plus garder, ce viscère se contracte et se resserre dans toutes ses parties, presse l'œuf ou le produit de la conception, et le force de s'échapper par l'orifice qui lui offre moins de résistance que tout autre point de sa surface.

Veut-on avoir la preuve que la matrice expulse le fœtus avec ses dépendances? qu'on applique une main sur le ventre de la femme pendant le travail, et qu'on porte en même temps le doigt indicateur de l'autre vers l'extrémité supérieure du vagin, on sentira alors que le globe utérin se durcit et s'assouplit, ou se contracte et se relâche alternativement dans son corps, dans son fond et dans son col. Cette expérience doit donc faire rejeter l'opinion de quelques accoucheurs, qui prétendent que le col utérin est dans l'état de repos ou d'inaction pendant que le corps et le fond agissent avec beaucoup de force et d'énergie. L'anatomie ne prouve pas non

plus que la matrice soit composée de deux plans de fibres, l'un extérieur et l'autre intérieur, dont on voudrait supposer que le premier se contracte, tandis que le second est dans le relâchement.

Enfin, pour se convaincre de la contraction simultanée de toutes les parties de la matrice pendant le travail, qu'on interroge les praticiens qui, dans un accouchement laborieux, ont été obligés d'aller chercher les pieds du fœtus pour le retourner et l'extraire plus facilement, on apprendra que, pendant les fortes douleurs, la main s'engourdit et perd le sentiment sous le corps de la matrice qui la comprime, tandis que le poignet est étroitement serré par le col qui l'embrasse. L'observation atteste encore, qu'après l'accouchement, chaque tranchée qui tourmente la femme est suivie de quelque caillot de sang, preuve manifeste que, pendant la durée de ces douleurs secondaires, le col utérin se contractait, et empêchait l'issue des matières contenues dans le corps.

Mais s'il est vrai que toutes les parties de la matrice se resserrent en même temps et avec la même force, d'où vient que le fœtus rompt cette espèce d'équilibre et sort par l'orifice? c'est parce que ce point répond à l'excavation ou au vide du bassin qui n'offre ni soutien ni point d'appui, et vers lequel se dirigent tous les efforts de l'accouchement; c'est peut-être aussi parce que l'orifice de l'utérus est déjà ouvert ou disposé à s'ouvrir, et que, plus faible par sa nature à cause de la rareté de ses fibres, il est diamétralement opposé au fond ou au centre des forces expultrices. Veut-on encore des preuves qui confirment cette vérité? qu'on demande aux praticiens ce que produit un squirrhe de cette ouverture, ou toute autre cause qui en empêche la dilatation et s'oppose au passage de l'œuf. Alors, si toutes les autres parties de la matrice sont également fermes et solides, la nature s'épuise en vains efforts, la matrice tombe dans l'inertie, et le travail est suspendu; si, au contraire, une portion de ce viscère offre moins de résistance que les autres, elle se rompt, et l'enfant tombe en totalité ou en partie dans l'abdomen.

La contraction de la matrice, semblable à celle des muscles, peut être excitée jusqu'à un certain point par une irritation mécanique, mais elle n'est jamais continue ni uniforme pendant le travail de l'accouchement; au contraire, lente et faible dans le commencement, elle s'accélère ensuite par degrés et acquiert tant d'intensité vers la fin, qu'elle surmonte quelquefois des obstacles qui paraissent invincibles. Toutefois, on ne peut établir de règle générale, soit par rapport aux accroissemens de cette force, soit par rapport aux intervalles de calme qui en interrompent la durée. On observe là-dessus beaucoup de variations, non-seulement chez les différentes femmes, mais dans les différens accouchemens de chacune d'elles. C'est une chose bien rare que le travail soit parfaitement semblable deux fois de suite. Il est tantôt plus ou moins lent et plus ou moins faible; tantôt, au contraire, plus ou moins violent et plus ou moins accéléré, suivant une foule de circonstances individuelles ou hygiéniques dans lesquelles la femme se trouve. L'âge, le tempérament, la profession, le genre de vie, les

affections morales, la saison, le climat, tout influe sur la manière dont cette fonction s'exécute.

La contractilité ou la force par laquelle le fœtus est expulsé, est tellement propre et inhérente à la matrice, qu'elle est entièrement indépendante de la volonté; cette force est mise en jeu par le sentiment d'un besoin que le cerveau perçoit dans l'appareil génital, et que l'instinct porte à satisfaire; nulle femme n'a le pouvoir de l'accélérer ou de la ralentir, de la suspendre ou de la modifier à son gré. L'accouchement s'opère quelquefois par les seules propriétés vitales de la matrice qui subsistent, quoique la vie générale de l'individu soit éteinte. On a vu, chose étonnante! non-seulement des femmes accoucher après leur mort ou dans une attaque d'hystérie comateuse, lorsque l'action musculaire était anéantie, mais encore des matrices élancées hors du bassin et de la vulve, ou dans un état de chute complète, se débarrasser du produit de la conception. Qu'on dise après cela que la principale cause efficiente de l'accouchement ne réside pas dans la matrice; qu'on attribue, avec un auteur moderne, tout accouchement après la mort à l'absurde et chimérique explosion de quelque gaz aériforme!

SECTION II.

Des causes efficientes accessoires de l'accouchement naturel.

Quoique la matrice soit le principal agent qui expulse le fœtus, il faut néanmoins convenir que d'autres puissances viennent à son secours, et concourent simultanément à cette importante fonction.

D'abord, comment pourrait-on méconnaître l'effet médiat ou accessoire du diaphragme et des muscles abdominaux? Contigus à la matrice, ils la pressent de toutes parts; ils secondent son action, en dirigeant le fœtus vers le détroit inférieur du bassin, et préviennent sa rupture en lui servant pour ainsi dire d'arc-boutant.

La preuve que ces muscles ne sont point dans l'inaction pendant le travail de l'accouchement, c'est que l'expulsion du fœtus est précédée ou accompagnée de la sortie de l'urine et des excrémens. La matrice elle-même, chargée du produit de la conception, n'est-elle pas quelquefois lancée presque en totalité hors de la vulve par les efforts auxquels la femme se livre, surtout lorsque l'évasement du bassin est excessif? Enfin, les praticiens en général n'admettent-ils pas la nécessité et l'efficacité de ce renfort musculaire, quand ils recommandent à la femme de pousser en bas pendant la douleur, ou de modérer ses efforts, suivant les circonstances? Certainement ce n'est pas de la matrice qu'ils entendent parler, puisque l'action en est absolument involontaire; il faut donc que ce soit du diaphragme et des muscles abdominaux, dont les contractions sont encore libres dans les premiers temps du travail, et non vers la fin.

En un mot, il n'est aucun muscle du tronc et des membres, tant supérieurs qu'inférieurs, qui ne se contracte et ne devienne une puissance auxiliaire de la matrice pendant le travail de l'enfantement. Qu'on jette les yeux sur une femme en proie aux douleurs ou aux angoisses qu'elle éprouve avant d'être mère; quels

mouvemens! quels efforts! quelle roideur! la tête et le tronc se renversent, les mains se cramponnent, les pieds s'arc-boutent, le siége se relève; tout l'organisme lutte contre l'obstacle qui s'oppose à la délivrance. Le vrai physiologiste ne voit dans cette série de phénomènes que le résultat d'un besoin naturel que la femme éprouve dans les organes de la génération, besoin pressant dont le cerveau est averti, et pour lequel il commande à tous les muscles de se mettre en action, et d'aider la matrice à le satisfaire; par conséquent la cause accessoire de l'accouchement n'est pas plus soumise à l'empire de la volupté que la cause principale.

Il y a donc une très-grande différence, sous le rapport de l'accouchement, entre deux femmes dont l'une, robuste et vigoureuse, pousse de toutes ses forces, comme dans un cas de constipation opiniâtre, et l'autre, faible et pusillanime, s'épuise à force de crier. La première supporte avec courage les douleurs les plus violentes, les met toutes à profit, et accouche promptement; la seconde, au contraire, redoute de souffrir, et se débarrasse avec une lenteur insupportable. Il en est de même de celle qui jouit d'un embonpoint médiocre, par rapport à celle dont la graisse excessive engourdit la contractilité musculaire, ou rend la respiration plus courte; la femme bossue ou asthmatique accouche aussi plus lentement que celle dont la poitrine, saine et bien conformée, favorise l'action du diaphragme et des muscles abdominaux.

ARTICLE III.

Des signes de l'accouchement naturel.

Tout ce qui annonce l'approche de l'accouchement, tout ce qui indique d'une manière distincte la présence actuelle du travail, tout ce qui l'accompagne depuis le commencement jusqu'à la fin, et tout ce qui le suit, doit être mis au rang des signes de cette fonction naturelle; de là résulte leur division en signes précurseurs, en signes essentiels ou caractéristiques, en signes concomitans, et en signes consécutifs.

Tous les signes de l'accouchement sont de la plus haute importance, et méritent la plus grande attention, à cause des méprises qu'on peut commettre à leur égard. Le fait suivant, dont nous avons été pour ainsi dire témoin, en est la preuve: Une jeune dame avait un gonflement de l'abdomen qu'on avait pris en province pour un signe de grossesse. Arrivée à Paris, elle consulte un médecin accoucheur qui confirme ce faux diagnostic. En conséquence, elle fait toutes ses dispositions pour accoucher; elle prépare ce qui est nécessaire pour le nouveau-né. Quelques jours après, elle éprouve des coliques et appelle son accoucheur, qui la touche et lui assure sentir la tête de l'enfant. Un liquide s'écoule par la vulve, il est pris pour l'eau de l'amnios; mais le ventre s'aplatit, et les coliques cessent. Dès-lors, plus de travail, plus d'apparence de grossesse. Le jour arrive, et le médecin s'esquive en disant que l'accouchement n'aura lieu que dans une huitaine. En attendant le mari nous fait appeler, et nous sommes obligé de déclarer qu'il

n'a pu y avoir ni grossesse, ni travail d'accouchement chez cette dame : la vulve et le vagin étaient presque imperforés, et le mariage n'avait pu être encore consommé.

SECTION PREMIÈRE.

Des signes précurseurs de l'accouchement naturel.

La fin du neuvième mois n'annonce pas toujours la fin prochaine de la grossesse ou le commencement du travail, puisqu'il y a des femmes qui accouchent quelquefois avant ou après cette époque, sans cesser pour cela d'accomplir le vœu de la nature.

D'ailleurs, est-il aussi facile qu'on l'imagine de constater la fin du neuvième mois? Combien ne sont-elles pas rares les femmes qui se rappellent avec précision l'époque où elles sont devenues enceintes, et qui peuvent fournir là-dessus des renseignemens positifs! On conseille ordinairement, pour s'assurer de la vérité, de remonter au temps où les règles ont cessé, et vers lequel on suppose que la conception s'est opérée; ou bien on recommande de questionner la femme sur l'intervalle qui s'est écoulé depuis qu'elle a senti la présence de l'enfant, en supposant encore qu'il commence de remuer à quatre mois et demi ou vers le milieu de la grossesse. Mais que ces deux manières de calculer sont équivoques et incertaines! Les praticiens n'ignorent pas qu'elles induisent très-souvent en erreur : la première, parce que nombre de femmes sont réglées dans les premiers mois, et quelques-unes jusqu'à la fin de la grossesse; la seconde, parce qu'il y a des fœtus dont les mouvemens sont sensibles dès le troisième mois, tandis que d'autres ne donnent aucun signe de leur présence avant le sixième, ni même quelquefois avant le travail de l'accouchement.

Il faut donc nécessairement recourir à d'autres signes plus certains et plus exacts, pour s'assurer de la fin de la grossesse. Les plus sûrs, ou du moins les plus vraisemblables, sont ceux qu'on tire du col de la matrice. Conserve-t-il encore de la longueur, de la dureté et de l'épaisseur; très-certainement la femme n'est point à terme, fût-elle au-delà du neuvième mois. Au contraire, le col est-il entièrement effacé, c'est-à-dire mince, souple et raccourci; on peut prononcer que le commencement du travail approche, surtout lorsque la femme éprouve de l'anxiété et de l'abattement, comme si elle avait quelque sinistre présage. Joint à cela, que le sentiment de pesanteur et de gêne qui accompagnait la grossesse vient à disparaître vers la fin; la femme se sent tout-à-coup plus légère, plus alerte et plus libre. Le ventre, qui faisait une saillie très-considérable vers le nombril et l'épigastre, tombe et semble s'affaisser; le globe utérin, qu'on touchait à peine du doigt indicateur introduit dans le vagin, devient plus accessible, se rapproche du détroit abdominal, et s'engage même en partie dans l'excavation. Le vagin, le rectum et la vessie sont comprimés, irrités; de là un écoulement de mucosités par la vulve, la diarrhée, ou le besoin continuel et la difficulté d'aller à la garde-robe, l'incontinence ou la suppression d'urine, selon que la matrice presse le fond ou le

col de la vessie. Les mamelles sont alors plus volumineuses ; et souvent pleines de lait.

Tels sont les phénomènes qui, pour l'ordinaire, préludent à l'accouchement; mais il s'en faut bien que tous en indiquent également l'arrivée prochaine. Il y en a qu'on observe quelques semaines et d'autres quelques jours avant que le travail se déclare. Un commencement de dilatation à l'orifice utérin n'est même qu'un signe très-éloigné et très-équivoque, si le col n'est en même temps entièrement effacé; car il n'est pas rare de le trouver assez ouvert pour admettre l'extrémité du doigt un mois avant l'accouchement. Mais il n'en est pas ainsi du léger frémissement du col, ni de la tension des membranes qu'on sent, avant même que la femme éprouve la moindre douleur, ou avant qu'elle commence à se plaindre; ce signe ne devance guère le travail que de quelques jours, et indique toujours le véritable terme de la grossesse. L'expérience apprend que les femmes chez lesquelles les membranes commencent à se tendre avant les douleurs, accouchent plus promptement : ce qui provient de ce que l'orifice utérin se dilate pendant ces contractions insensibles; d'où il résulte que l'ouverture en est souvent assez grande lorsque la femme éprouve les premières souffrances.

SECTION II.

Des signes qui indiquent le travail actuel de l'accouchement.

Nulle femme, dans l'ordre naturel, n'enfante sans souffrir. C'est là une destinée inévitable lorsque la grossesse est à terme, et une condition à laquelle tient le plaisir d'être mère. La douleur est tellement essentielle au travail de l'acconchement qu'elle en est inséparable. Elle commence et finit avec lui ; plus elle a de force et de vivacité, plus elle l'accélère et l'abrége. C'est l'effet le plus immédiat des contractions de la matrice ou des efforts que fait ce viscère pour se débarrasser du produit de la conception. De cette cause principale dépendent aussi la dilatation de l'orifice utérin, l'écoulement des glaires sanguinolentes, la formation et la rupture de la poche des eaux, trois autres phénomènes qui précèdent l'expulsion du fœtus, et qui constituent, avec la douleur, le véritable diagnostic du travail de l'accouchement.

Premier phénomène du travail actuel.

De la douleur.

Quelle est l'origine des douleurs éprouvées par la femme en travail? quel en est le siége? Faut-il les attribuer, avec tous les praticiens éclairés, aux contractions utérines, ou bien ne sont-elles qu'un effet sympathique de ces mêmes contractions, que certains physiologistes ne croient point être douloureuses? Se font-elles sentir dans toute l'étendue de la matrice qui se contracte et se resserre, ou bien sont-elles uniquement fixées au col de ce viscère? Questions absolument oiseuses et inutiles, dont la stérile discussion nous entraînerait dans des répétitions, et nous déroberait un temps

que réclament, à juste titre, des objets bien plus intéressans. Mais quelle est la marche des vraies douleurs de l'enfantement? quel en est le caractère essentiel, et comment peut-on les distinguer d'avec tout ce qui leur est étranger, surtout d'avec ces douleurs mensongères qui en imposent quelquefois à l'accoucheur novice, en faisant croire à l'existence du travail? Telles sont les questions qu'il importe d'examiner ici, et qui se lient immédiatement à la pratique des accouchemens. Combien de fois d'ignorantes matrones, sous prétexte de favoriser un travail qui n'existait point, n'ont-elles pas eu recours à leurs manœuvres ordinaires, parce qu'elles méconnaissaient la différence entre les vraies et les fausses douleurs de l'enfantement! C'est donc sur cette différence, et non sur des vétilles, que les livres élémentaires devraient le plus insister.

Les vraies douleurs, toujours subordonnées aux contractions utérines, sont faibles et presque imperceptibles, courtes et passagères au commencement du travail; elles ne se succèdent qu'avec beaucoup de lenteur, et ne sont, pour ainsi dire, que préparatoires. Voilà pourquoi le vulgaire leur donne le nom de *mouches*. Mais à mesure que le travail avance, elles acquièrent plus de force, elles durent plus long-temps, et n'ont presque pas d'interruption; ce sont alors de vrais tourmens, des angoisses. Il faut avoir vu une femme en travail, pour concevoir et pour peindre ses efforts, ses agitations, ses souffrances.

Outre ce caractère presque toujours constant qu'on tire de la marche des vraies douleurs, il est encore plusieurs autres signes auxquels le praticien peut les reconnaître. Quand la femme souffre pour accoucher, elle s'arc-boute, et jette des cris plus ou moins perçans, qui ne sont interrompus que par la nécessité de pousser vers le fondement. Alors le globe utérin se durcit, le col se roidit, l'orifice se resserre, les membranes se tendent, la tête ou la partie du fœtus qui se présente descend plus bas, le travail fait des progrès. Le calme, au contraire, succède-t-il à la douleur, tout se relâche et rentre dans l'état ordinaire; la femme, loin de craindre la récidive, semble ne prendre haleine que pour mieux souffrir encore, et pour se livrer à de nouveaux efforts.

Que les fausses douleurs sont bien différentes par rapport à leur origine, à leur siége, à leurs progrès et à leurs effets! Elles ne peuvent dépendre des contractions de la matrice, puisque ce viscère est dans le calme et le relâchement, pendant que la femme en est tourmentée; elles ont leur siége dans la vessie, dans le conduit intestinal ou dans les reins; elles peuvent tenir à une suppression d'urine, à un amas de matières fécales, à des vents qui roulent dans le bas-ventre, à un état de pléthore; on les attribue aussi au tiraillement des ligamens ronds, ou à l'obliquité de la matrice, à la contraction spasmodique des muscles du bas-ventre, indépendamment de l'action utérine, ou à l'insertion du placenta sur la partie postérieure de la matrice; enfin, à des contractions du plan interne qu'on suppose dans ce viscère. Quoi qu'il en soit, ces sortes de douleurs, absolument étrangères au travail de l'accouchement,

sont plus ou moins incommodes; elles tourmentent la femme, et lui font redouter une délivrance laborieuse; elles ne laissent jamais de calme parfait; leur rémission est un malaise insupportable; elles vont se perdre vers l'hypogastre ou vers le nombril, et jamais vers le fondement. Le travail ne fait aucun progrès, et ne peut jamais se terminer par ces sortes de douleurs. La femme est inquiète, agitée, impatiente; elle ne pousse que des cris plaintifs qui vont jusqu'au cœur des assistans.

Telle est la différence essentielle entre les vraies et les fausses douleurs de l'accouchement, entre les douleurs de ventre et les douleurs de reins, entre le travail réel et le travail apparent : différence que l'homme de l'art, versé dans la pratique, saisit au premier coup d'œil, et que l'accoucheur moins exercé reconnaît toujours par le toucher. Il peut néanmoins arriver que les vraies douleurs existent simultanément avec les fausses; par exemple, lorsque les contractions utérines sont déterminées sympathiquement par des coliques violentes, ou par des douleurs de reins trop prolongées. C'est alors le cas de dire que la femme accouche, non par de fausses douleurs, mais avec de fausses douleurs; toutefois cette complication ne peut jamais être bien difficile à reconnaître; car le progrès du travail qui avance alors, quoique plus lentement qu'à l'ordinaire, devient encore la véritable pierre de touche pour le diagnostic.

Qu'on se garde bien de prendre l'expression sensible ou extérieure des douleurs du travail pour la mesure de leur intensité, et pour le signe d'une prompte délivrance. Il n'y a rien de plus trompeur que cette manière de juger; telle femme qui souffre en silence se débarrasse quelquefois beaucoup plus vite que telle autre dont les cris étourdissent et rompent les oreilles. Cela tient à la sensibilité qui varie dans les différens individus.

En général, on ne peut juger de la courte ou longue durée du travail que par la nature des douleurs ou des contractions utérines; c'est-à-dire par leur force, leur fréquence et leurs progrès, qui diffèrent suivant l'état propre ou hygiénique de la femme. Pourquoi donc le célèbre Mauriceau a-t-il soutenu que le sexe de l'enfant influait sur le travail, et que la matrice n'expulsait pas les filles et les garçons avec la même célérité? l'expérience prouve tous les jours le contraire. Qu'un garçon ait pour l'ordinaire la tête plus grosse et les épaules plus larges qu'une fille, cela peut occasioner des douleurs plus fortes; mais rien ne les empêche de se prolonger davantage ou d'être plus fréquentes, et alors tout se trouve compensé dans la durée totale du travail.

Second phénomène du travail actuel.

De la dilatation du col utérin.

Faut-il croire, avec quelques physiologistes, que le fœtus dilate le col de la matrice, et qu'il vient au monde en se frayant un passage à travers cette ouverture? Mais comment admettre une opi-

nion si opposée à la véritable cause efficiente de l'accouchement? Le fœtus n'est-il pas entièrement passif dans l'acte de sa naissance, et n'a-t-on pas trouvé quelquefois l'orifice de la matrice entr'ouvert avant le terme de l'accouchement, ou avant qu'aucune des parties contenues dans ce viscère eût pu s'y engager? Enfin, comment pourrait-on concilier la dilatation du col utérin, avec les prétendus efforts du fœtus, puisque, dans certaines circonstances, elle est plus grande au commencement du travail, qu'après douze ou quinze heures de fortes douleurs?

Dira-t-on encore que c'est la poche des eaux qui dilate l'orifice de l'utérus? Mais cette poche suppose déjà un commencement de dilatation; et quand elle vient à se rompre de trop bonne heure, l'orifice ne continue pas moins de s'ouvrir, quoique avec plus de lenteur et de difficulté qu'à l'ordinaire.

Il reste donc démontré que la dilatation du col utérin n'est que l'effet immédiat des contractions utérines. Ce qui le confirme encore, c'est que les progrès de cette dilatation sont d'autant plus rapides, que les douleurs sont plus violentes, et que le col lui-même oppose moins de résistance.

Toutefois, on ne peut disconvenir que la tête du fœtus, ainsi que la poche des eaux, ne contribuent secondairement à la dilatation de l'orifice utérin, lorsqu'une fois elles viennent de s'y engager. En effet, la première forme un coin solide qui, poussé par la matrice, écarte plus promptement les fibres du col; et la seconde, en exerçant une compression molle et graduée contre cette ouverture, en favorise le développement, sans le rendre plus douloureux.

Une remarque générale et très-importante pour la pratique, c'est que le col de la matrice se dilate plus lentement et rend le travail plus long dans un premier accouchement que dans les suivans; surtout lorsque la femme a laissé passer la première jeunesse sans songer à devenir mère. Pour calculer le moment de la délivrance, il faut donc avoir égard, non-seulement à la dilatation actuelle de la matrice, mais encore à la marche qu'elle suit dans ses progrès, et qui diffère chez toutes les femmes comme dans tous les accouchemens. La pratique enseigne que l'orifice utérin acquiert beaucoup plus lentement la grandeur d'un écu, que le reste de l'ouverture nécessaire pour le passage de l'enfant; c'est là une loi si constante, qu'on l'observe même après la rupture prématurée de la poche des eaux. On ne doit donc jamais la perdre de vue, sous peine de se méprendre dans le pronostic sur la durée du travail, et d'exposer la femme à se débarrasser seule et sans secours.

Troisième phénomène du travail.

Des glaires sanguinolentes.

Les parties génitales de la femme sont continuellement lubrifiées par l'humeur que fournit la membrane muqueuse dont elles sont revêtues; et c'est-là ce qui en prévient l'excoriation, la douleur ou

l'adhérence auxquelles une trop grande sécheresse les exposerait. Mais la sécrétion de cette humeur, naturellement modérée, augmente en général pendant la grossesse, et devient si abondante pendant le travail de l'accouchement, que le col de la matrice, le vagin et la vulve sont inondés de glaires. La nature, toujours prévoyante et ingénieuse, ne semble-t-elle pas alors préparer la voie à l'enfant, et prévenir les difficultés qui pourraient en empêcher ou retarder la naissance?

Frappés de l'abondante quantité de mucosités qui coule des parties génitales de la femme à l'approche de l'accouchement, les physiologistes l'ont attribuée à une exsudation par les pores des membranes. Mais cette chimérique hypothèse ne s'évanouit-elle pas, quand on réfléchit un instant sur les propriétés vitales du système utérin et sur les changemens que la grossesse et l'accouchement doivent y opérer?

Les contractions de la matrice qui expulsent le fœtus sont le plus souvent assez violentes pour occasioner la rupture de quelques vaisseaux du placenta ou du chorion; de là résulte un suintement de sang qui, venant à se mêler avec les mucosités du vagin, les colore et leur donne une teinte rougeâtre ou sanguinolente, que le vulgaire regarde toujours comme le présage d'une prochaine délivrance. Mais l'homme instruit et vraiment praticien se garde bien de partager cette opinion. Il n'ignore point que certaines femmes accouchent sans perdre une seule goutte de sang durant le travail, tandis que d'autres en rendent une quantité plus ou moins abondante. Enfin, l'époque où cet écoulement sanguin se manifeste n'est point fixe et invariable, puisqu'un accident peut le déterminer plusieurs jours avant la fin de la grossesse; et dans les cas même les plus naturels, les femmes ne marquent-elles pas en rouge plus tôt ou plus tard, au début, au milieu ou à la fin du travail? Lorsque le placenta s'insère sur le col de la matrice, les premières douleurs sont nécessairement accompagnées de glaires sanguinolentes, et même d'une hémorrhagie assez considérable pour exiger des précautions.

Quatrième phénomène du travail actuel.

De la formation et de la rupture de la poche des eaux.

La matrice ne peut se contracter ou se resserrer sans agir sur les eaux de l'amnios; mais ce liquide, incompressible par sa nature, ne peut se réduire à un moindre volume, d'où il résulte nécessairement qu'il doit tendre à s'échapper par l'endroit qui lui offre le moins de résistance. Il s'écoulerait donc aussitôt que l'orifice de l'utérus commence à se dilater, s'il n'était arrêté par les membranes, qui lui cèdent néanmoins à cause de leur extensibilité naturelle, et forment une espèce de sac ou de poche plus ou moins régulière, suivant la figure et la situation du col utérin.

La poche des eaux est donc encore un effet immédiat du travail de l'accouchement; ce qui le prouve, c'est qu'elle se durcit ou se

ramollit, selon que la matrice se contracte ou se relâche. Cette poche est arrondie, conoïde ou cylindrique, lorsque l'orifice répond au centre du bassin, et se dilate uniformément; elle est au contraire irrégulière, échancrée, aplatie, ovale, lorsque l'orifice s'applique contre les parois du bassin, ou s'éloigne de la figure circulaire. Semblable à un boyau, elle s'allonge d'autant plus dans le vagin, que le col offre plus de résistance, et que les membranes sont d'une contexture plus lâche; on dirait alors que c'est un pied ou un bras du fœtus qui se présente.

La pratique enseigne que la poche des eaux déborde rarement l'orifice de l'utérus, avant qu'il soit assez dilaté pour laisser passer la tête, ou avant qu'il ait acquis la largeur d'un écu de six livres. C'est même un précepte assez général d'attendre au moins jusqu'à cette époque pour donner issue à l'eau de l'amnios, à moins que ce liquide n'ait déjà forcé la barrière membraneuse qui le contient.

Cette poche s'accroît graduellement et augmente de volume à mesure que le travail avance; enfin, il arrive un moment où, à force de se distendre, elle parvient à la dernière limite de son extensibilité naturelle, et alors il faut nécessairement qu'elle cède, soit au poids des eaux qu'elle renferme, soit aux contractions utérines devenues plus énergiques. Presque toujours brusque et inattendue, la rupture en est accompagnée d'une explosion plus ou moins bruyante, et suivie d'un flot de liquide qui jaillit à une assez grande distance; la vulve en est inondée.

Les membranes étant d'une contexture plus ou moins lâche, cèdent avec plus ou moins de facilité aux efforts de la matrice, et influent diversement sur la durée du travail. Viennent-elles à se rompre dès les premières douleurs, la matrice reste pour l'ordinaire dans l'inaction jusqu'à ce que les eaux se soient entièrement écoulées, ce qui retarde plus ou moins l'accouchement. Outre cela, lorsque les douleurs se réveillent, la tête du fœtus porte immédiatement sur le col de la matrice, qu'elle entr'ouvre avec violence. Ce n'est plus un liquide dont la douce et molle pression dilate graduellement l'orifice utérin; c'est au contraire un coin solide qui en écarte les fibres, les irrite et quelquefois les déchire. Quelles souffrances pour la mère? D'un autre côté, l'eau de l'amnios n'étant plus dans la matrice, pour en émousser ou modérer la force expultrice, le fœtus doit nécessairement la supporter tout entière. Il doit donc être serré de toutes parts; le cordon ombilical est comprimé, et ne reçoit plus une seule goutte de sang, la circulation s'arrête, l'apoplexie et la mort sont à craindre. Si par malheur la poche des eaux se rompt avant qu'une des extrémités du fœtus se soit engagée convenablement au détroit supérieur, l'accouchement est impossible sans les secours de l'art. Que de difficultés alors pour l'accoucheur, surtout lorsqu'il a long-temps attendu après l'écoulement des eaux! que de tourmens encore pour la mère! que de risques pour le fœtus!

Des accidens non moins graves et non moins dangereux sont à craindre, lorsque les membranes, trop dures ou trop denses, retardent l'accouchement. Alors, si c'est la tête du fœtus qui se pré-

sente, elle s'enveloppe de la poche des eaux qu'elle entraîne, et paraît hors de la vulve, comme coiffée d'une espèce de casquette, dont la superstition ne manque pas de tirer d'heureux présages pour l'enfant. Mais l'accoucheur instruit est loin de s'arrêter à de tels oracles. L'expérience lui apprend qu'alors le placenta, trop brusquement décollé, expose la mère à périr d'une hémorrhagie foudroyante, ou que cette masse spongieuse, trop fortement adhérente à la matrice, peut entraîner et renverser le fond de ce viscère. Enfin, il n'ignore point que les membranes dont la tête du fœtus est recouverte forment un voile impénétrable à l'air extérieur, et empêchent ou retardent la respiration. L'enfant risque donc de suffoquer, s'il n'est promptement secouru, et d'expirer, pour ainsi dire, aux portes de la vie, en faisant mentir son horoscope.

La poche des eaux peut se rompre au centre ou vers les bords de l'orifice. Dans le premier cas, tout le liquide situé au-dessous de la tête s'écoule d'un seul jet par la crevasse; et si les contractions utérines sont très-violentes, si la tête est très-basse et très-volumineuse; en un mot, si elle s'adapte parfaitement au col de l'utérus, le reste du liquide retenu vers le fond ne sort qu'après l'expulsion de la tête ou même après celle du tronc. Au contraire, lorsque la tête ne forme pas un tampon assez exact pour boucher le col, l'eau continue de couler jusqu'à ce que la matrice s'applique immédiatement sur le corps du fœtus. Dans cet intervalle, les douleurs sont faibles, le travail languit, la tête semble s'éloigner de l'orifice, et le fœtus remonter vers le fond; la femme se refroidit, si l'on n'a pas soin de substituer des linges secs à ceux qui sont humides. Cette espèce d'inertie est d'autant plus longue, que les eaux s'écoulent plus lentement. Pour hâter le retour des contractions, Puzos recommandait alors de soulever la tête de l'enfant, afin de favoriser l'expulsion du liquide qui restait dans la cavité utérine : pratique des plus efficaces, surtout après les douleurs passagères par lesquelles la matrice semble se ranimer et revenir de son engourdissement.

Si les membranes se déchirent vers l'un des bords de l'orifice ou au-dessus, il n'y a qu'une portion des eaux de l'amnios qui s'écoule, et la poche de ce liquide, loin de disparaître complètement, se distend et se durcit encore de nouveau à chaque douleur. Le moyen d'empêcher que cette rupture incomplète ne prolonge le travail et ne cause des accidens, est de déchirer la nouvelle poche des eaux comme si elle était entière.

SECTION III.

Des signes sympathiques et concomitans du travail de l'accouchement.

Nous venons de voir que le travail de l'accouchement n'était qu'une suite de douleurs ou de contractions utérines, dont l'intensité, la fréquence et la durée augmentent depuis le commencement jusqu'à la fin, et dont les effets deviennent de plus en plus sensibles, soit pour la femme, soit pour l'accoucheur. D'abord, c'est l'orifice de l'utérus qui se dilate, pendant que son bord s'amincit;

ensuite les membranes se distendent et se déchirent; les eaux de l'amnios s'écoulent, et toute la matrice se resserre; peu de temps après, l'une des extrémités du fœtus plus ou moins engagée au détroit supérieur, traverse l'orifice utérin, et parcourt la cavité pelvienne, en dilatant le vagin, ou bien elle arrive au passage avec le col de la matrice dont elle est entourée. Cette extrémité du tronc franchit la vulve; et le reste sort bientôt après; l'enfant respire, et la plus grande partie de l'accouchement est terminée.

Cependant la matrice continuant encore de se contracter, s'applique immédiatement sur l'arrière-faix et l'expulse. Les douleurs que la femme éprouve pendant ce second travail, sont beaucoup plus faibles que les premières. Quelques tranchées surviennent encore dans la journée ou les jours suivans; ce sont de nouvelles douleurs qu'occasionne l'expulsion des caillots de sang ou de lochies.

Tel est l'ordre dans lequel se succèdent les principaux phénomènes de l'accouchement, ou les efforts que la matrice fait pour se débarrasser du produit de la conception. Mais que de changemens ne s'opère-t-il pas en même temps dans toutes les fonctions de l'économie animale! Au début du travail, la femme éprouve une espèce de resserrement intérieur qui la trouble, qu'elle a peine à exprimer; tout son corps frémit et semble s'ébranler; le pouls se ralentit, la respiration est plus gênée; il y a de l'anxiété; la digestion est interrompue; plus d'appétit, mais des nausées, des vomissemens, quelquefois une soif ardente; le visage pâlit et s'altère; la peau est sèche ou couverte d'une humeur légèrement visqueuse; la femme s'inquiète, s'agite, se tourmente; elle ne sait quelle posture garder; ses membres semblent lui refuser leur service ordinaire; on dirait que les forces vitales abandonnent tout l'organisme en général, pour se concentrer vers le système utérin, où doit s'accomplir le vœu de la nature, la naissance de l'homme.

A une époque plus avancée, lorsque la poche des eaux est bien formée, et que l'orifice est entièrement dilaté, il s'opère une réaction générale; alors le pouls se réveille, et acquiert plus de vitesse et de force, sans cesser d'être régulier; la respiration se presse et devient haletante; la chaleur se ranime et se répand de toutes parts; le visage se colore, les yeux paraissent étincelans; la peau s'humecte, et se couvre quelquefois de sueur. Tantôt la femme balbutie ou tient des propos qui annoncent un léger délire; tantôt elle paraît comme absorbée et plongée dans un état de somnolence, d'où elle n'est retirée que par la vivacité des douleurs.

Cette espèce de trouble ou d'agitation est à son comble, lorsque les membranes, venant à se rompre, produisent une détente générale et un calme qui n'est que de courte durée : la matrice semble ne se reposer que pour acquérir de nouvelles forces. Bientôt la femme se plaint de crampes ou de tiraillemens à la partie antérieure ou interne de l'une des cuisses; signe manifeste que la tête ou toute autre partie du fœtus s'engage au détroit supérieur,

et comprime les rameaux nerveux qui passent sous l'arcade crurale ou par le trou sous-pubien.

Cependant la fin du travail approche de plus en plus, et les douleurs se succèdent avec plus de rapidité; la tête roule dans l'excavation du bassin, et comprime le rectum ainsi que les nerfs sacrés; de là l'excrétion involontaire des matières contenues dans l'extrémité de l'intestin, ou le besoin illusoire d'aller à la garde-robe; de là aussi ces crispations ou ces douleurs aiguës que la femme éprouve à la partie postérieure de la cuisse, de la jambe et jusqu'à la plante du pied; on dirait qu'on lui arrache la fesse, qu'on lui déchire le mollet ou qu'on lui ronge le pied. Enfin, la tête va franchir les tubérosités ischiatiques; le coccix est refoulé; l'anus forme un bourrelet en arrière, et le méat urinaire fait saillie sous le pubis. Déjà le périnée se tend et se relâche alternativement; l'orifice du vagin s'entr'ouvre; bientôt le cuir chevelu paraît et disparaît tour à tour; à chaque nouvelle douleur il en sort un plus grand segment, mais pour rentrer encore, à cause de l'élasticité du périnée, qui le repousse; les caroncules myrtiformes disparaissent, les nymphes s'écartent, et les grandes lèvres, complètement déridées et amincies, enveloppent la tête en forme de couronne. Alors la matrice fait un dernier effort; la douleur est vive; le frein se déchire; la femme jette un cri perçant, soulève le siége, et lance successivement hors de la vulve la tête, les épaules et le tronc de l'enfant. Ce moment, le plus douloureux du travail, est suivi d'un calme beaucoup plus long et plus parfait que le précédent; la femme ne goûte plus qu'un délice ou un plaisir inexprimable, celui d'être mère. L'expulsion naturelle de l'arrière-faix, qui a lieu quelque temps après, trouble à peine cet état, et celle des lochies est encore moins douloureuse.

SECTION IV.

Des signes consécutifs de l'accouchement.

On pourrait mettre au nombre de ces signes les phénomènes qui suivent pour l'ordinaire l'accouchement : tels que la faiblesse de la femme, les tranchées utérines, les lochies ou vidanges, le gonflement des mamelles, et la fièvre de lait; mais nous avons cru plus convenable de les renvoyer à l'article où il sera question de la physiologie et de l'hygiène de la femme en couches; d'ailleurs ces phénomènes ne sont que passagers ou peu durables. Nous ne parlerons donc ici que de certaines marques plus ou moins ineffaçables que l'accouchement imprime et laisse sur le corps de la femme, principalement à l'abdomen, aux organes de la génération et au bassin.

Ces marques sont 1° les rides ou vergetures de l'abdomen qui dépendent de la distension excessive et de l'éraillement de la peau durant la grossesse, et qui ne disparaissent jamais entièrement, parce que cet organe ne recouvre point son ancienne tonicité; nous avons cependant rencontré quelques femmes, mais en bien

petit nombre, dont l'abdomen était aussi ferme et aussi dépourvu de rides après l'accouchement qu'avant la grossesse; c'étaient des individus robustes dont la peau bise ou brunâtre ne perdait pas facilement son ressort;

2° La mollesse ou laxité des parois de l'abdomen, laquelle dépend du vide plus ou moins considérable que l'accouchement laisse dans cette cavité splanchnique; d'où il résulte que les parois en sont plus amples qu'il ne faut, après l'expulsion du fœtus, pour contenir les organes qui servent à la digestion et à la génération;

3° L'écartement des muscles droits ou sterno-pubiens de l'abdomen, dont on peut s'assurer en promenant le bord cubital de la main sur la ligne blanche, de haut en bas, ou de la poitrine vers le bassin; on y trouve vers l'ombilic un espace ovale ou en forme de lozange, qui dépend de la tension que ces muscles ont éprouvée par le poids et le volume de la matrice durant la grossesse;

4° La présence d'un corps sphérique plus ou moins dur et plus ou moins volumineux qu'on sent dans l'hypogastre, et qui se durcit en se resserrant sous la face palmaire de la main; c'est la matrice qui revient sur elle-même, et se contracte pour expulser le délivre ou arrière-faix;

5° La contusion, le gonflement, la douleur et la rougeur de la vulve, qui a été plus ou moins froissée, comprimée et irritée par le passage du fœtus;

6° La déchirure de la fourchette ou commissure postérieure, quelquefois celle du périnée, laquelle s'approche plus ou moins du sphincter de l'anus, et peut s'étendre jusqu'à ce muscle, même jusqu'à la cloison recto-vaginale : délabrement qui est produit par la tête ou par le tronc du fœtus, dont la pression porte ces parties molles ou charnues au-delà de leur extensibilité naturelle;

7° La dilatation excessive du vagin et celle de l'orifice de l'utérus, quelquefois leur déchirure : elles attestent le passage d'un corps étranger plus ou moins volumineux, en un mot du fœtus qui a traversé et élargi ce canal : ces solutions de continuité peuvent se cicatriser et guérir jusqu'à un certain point; mais elles laissent toujours des marques indélébiles auxquelles un homme de l'art expérimenté ne peut méconnaître un accouchement antérieur, quoiqu'il ne soit pas toujours facile d'en assigner exactement l'époque. Nous eûmes occasion, il y a quelques années, de visiter une jeune demoiselle qui avait simulé une grossesse et un accouchement : ce qui l'avait fait accuser de suppression de part à une époque où elle n'avait pu représenter l'enfant dont elle avait prétendu être mère. Après un examen attentif, nous déclarâmes qu'elle n'était jamais accouchée, et notre assertion fut confirmée par la jeune personne qui fit l'aveu de sa supercherie. Voyez notre Traité de médecine légale relative aux accouchemens.

8° Le relâchement des symphyses pelviennes et même la diduction ou écartement des os qu'elles unissent. Ces accidens sont d'abord l'effet de la grossesse, pendant laquelle les os du bassin

supportent la pression continue et toujours croissante de la matrice chargée du produit de la conception ; ensuite ils sont augmentés par les efforts plus ou moins énergiques et plus ou moins répétés de la femme pendant le travail de l'accouchement. De là résulte après les relevailles une marche peu assurée, chancelante, douloureuse, si la nouvelle accouchée ne garde pas assez long-temps le repos. De là encore la nécessité d'entourer le bassin d'un bandage qui en tienne les os rapprochés jusqu'à ce que la nature ait eu le temps d'en raffermir les symphyses.

CHAPITRE II.

Du mécanisme de l'Accouchement naturel.

Le mécanisme de l'accouchement naturel suppose plusieurs conditions, dont les unes ont rapport à la mère, et les autres au fœtus.

Premièrement, que la mère ait le bassin bien conformé, et qu'elle soit pourvue de forces suffisantes ; qu'en outre, la matrice soit parallèle ou peu inclinée à l'axe du détroit supérieur ; que le col de ce viscère, le vagin et la vulve soient souples et faciles à dilater. Secondement, que le fœtus offre l'une des extrémités de la forme ovoïde sous laquelle il est ployé, et que la grosseur de son corps ne soit pas disproportionnée aux dimensions du bassin : telles sont les conditions que la nature exige de la part de la mère et du fœtus, pour opérer l'accouchement, et pour rendre inutiles les secours de la main et des instrumens.

Hippocrate, qui connaissait si bien l'attitude du fœtus dans la cavité de la matrice, était, sans contredit, bien convaincu qu'il ne pouvait venir au monde naturellement, s'il se présentait en travers à l'ouverture du bassin. Cependant, le croirait-on ! ce grand homme ne regardait l'accouchement comme possible par les seules forces de la nature, que lorsque le fœtus venait par la tête ; de là ces manœuvres bizarres, meurtrières ou au moins dangereuses qu'il recommandait pour en changer la situation, quand il présentait les extrémités abdominales. Mais cette erreur n'est-elle pas excusable dans un siècle où l'aurore de l'art des accouchemens brillait à peine, et où presque aucune découverte n'en avait enrichi le domaine. Aujourd'hui que cette branche de la chirurgie, devenue moins stérile, est aussi moins enveloppée de ténèbres, l'expérience et la raison s'accordent à prouver que la nature suffit pour expulser le fœtus, soit qu'il vienne par la tête, soit qu'il présente les pieds, les genoux ou les fesses. La seule différence qui existe entre ces divers genres d'accouchemens, c'est que le premier, le plus fréquent de tous, est aussi le plus facile et le plus avantageux pour la mère et pour l'enfant.

ARTICLE PREMIER.

Du mécanisme de l'Accouchement naturel, lorsque le fœtus présente la tête.

La nature exige encore ici une condition essentielle; il faut que la longueur de la tête soit ou devienne parallèle aux axes du bassin, c'est-à-dire, que ces deux extrémités, l'occiput et le menton, se trouvent dans ces lignes imaginaires, sans quoi l'accouchement est difficile ou impossible. En effet, lorsque la tête est oblique aux axes du bassin, elle tend nécessairement à se renverser en arrière, en avant ou sur les côtés, et à présenter la nuque, le visage ou les tempes, dont la longueur excède les plus grands diamètres pelviens. Elle ne peut donc traverser la filière qu'en présentant le sommet, région la plus propre à favoriser le parallélisme que la nature exige pendant le travail.

On reconnaît le sommet de la tête à une tumeur arrondie, étendue et solide, où l'on distingue deux fontanelles et deux ou trois sutures. Ce sont principalement les rapports de ces fontanelles et de ces sutures avec le bassin, qu'il importe de bien connaître dans la pratique, afin de déterminer les différentes positions du sommet, et les différentes espèces d'accouchemens où cette région de la tête se présente.

Le détroit supérieur du bassin peut être divisé en deux portions, l'une antérieure et l'autre postérieure. On distingue dans la première trois points essentiels, savoir, les deux cavités cotyloïdes et la symphyse du pubis : la postérieure offre trois autres points non moins remarquables et opposés aux précédens; ce sont les deux symphyses sacro-iliaques et la saillie sacro-vertébrale.

La plupart des accoucheurs, même modernes, considérant la direction de la suture sagittale et la position de la fontanelle postérieure ou de l'occiput, par rapport à ces six points principaux, ont admis six espèces d'accouchemens où la tête présente le sommet. Mais plusieurs raisons, que nous exposerons plus bas, nous déterminent à n'en admettre que quatre, savoir : deux occipito-antérieures et deux occipito-postérieures.

Dans la première de ces quatre positions, l'occiput répond à la cavité cotyloïde gauche, et le front à la symphyse sacro-iliaque droite : nous l'appellerons *occipito-antérieure gauche.*

Dans la seconde, l'occiput répond à la cavité cotyloïde droite, et le front à la symphyse sacro-iliaque gauche; elle sera nommée *occipito-antérieure droite.*

Dans la troisième, qui est l'inverse de la première, l'occiput répond à la symphyse sacro-iliaque droite, et le front à la cavité cotyloïde gauche; on peut l'appeler *occipito-postérieure droite.*

Dans la quatrième, qui est aussi l'inverse de la seconde, l'occiput répond à la symphyse sacro-iliaque gauche, et le front à la cavité cotyloïde droite; nous la nommerons *occipito-postérieure gauche.*

Nous rejetons les positions du sommet de la tête, où l'occiput

répondrait soit au pubis, soit à la saillie sacro-vertébrale : 1° parce qu'elles sont infiniment rares; 2° parce que, dans le cours du travail, la forme arrondie de la saillie sacro-vertébrale ne permet ni au front, ni à l'occiput, qui sont aussi arrondis, de garder long-temps la même situation, mais les force de glisser à droite ou à gauche, pour prendre l'une des positions que nous avons admises; 3° parce que l'accouchement n'est presque jamais naturel dans ces deux positions directes, à moins que le bassin ne soit très-évasé ou la tête très-petite; 4° parce que dans le cas où elles présentent des difficultés pour l'accouchement, il est nécessaire de les réduire à une position plus favorable, comme nous le verrons dans la suite.

Si l'on envisage les différentes positions du sommet de la tête, par rapport à leur fréquence, la pratique enseigne que la première se présente sept à huit fois plus souvent que la seconde, et quatre-vingt ou cent fois plus souvent que les deux dernières.

Les deux premières positions sont aussi les plus avantageuses, parce que l'occiput, arrivé au détroit inférieur, s'adapte facilement à l'arcade sous-pubienne, et facilite la sortie du visage, en remontant vers le mont de Vénus; cependant, la position occipito-antérieure droite offre un peu plus de difficulté que la position occipito-antérieure gauche, comme nous le ferons bientôt remarquer.

Les deux dernières positions, au contraire, sont les plus difficiles, parce que le visage venant en dessus, est obligé de remonter sous l'arcade du pubis, en attendant que l'occiput se dégage en arrière; ce qui ne s'exécute qu'avec beaucoup de lenteur et de peine, à moins que le bassin ne soit fort ample ou la tête peu volumineuse. Mais la position occipito-postérieure gauche, qui est la plus rare, est aussi la plus désavantageuse; car, à la difficulté générale dont nous venons de parler, elle réunit celle que présente la position inverse ou occipito-antérieure droite.

Ce serait d'après toutes ces considérations que nous serions porté à rejeter aussi les deux positions occipito-postérieures. En effet, elles ne se sont présentées que très-rarement à notre observation, et nous avons toujours été obligé de terminer l'accouchement avec le forceps, lorsque la tête de l'enfant et le bassin de la mère avaient leurs dimensions naturelles ou normales. Dans les cas, au contraire, où l'accouchement se terminait par les seules forces de la nature, le travail en était souvent très-long, ce qui entraînait quelquefois la mort de l'enfant ou la difformité de la tête; alors aussi le bassin était toujours plus large, ou l'enfant moins volumineux qu'à l'ordinaire, ou ces deux avantages se trouvaient réunis. Ils résulterait de là qu'à la rigueur on ne devrait admettre en théorie que les deux positions occipito-antérieures; et comme elles sont obliques l'une et l'autre à l'égard du bassin, par conséquent semblables, même identiques pour l'accouchement, il suffirait d'étudier le mécanisme de cette fonction naturelle dans l'une de ces positions pour le bien concevoir. Ce serait le moyen de le réduire à sa plus grande simplicité, d'éviter

d'inutiles et fastidieuses répétitions, et de rendre la théorie plus lumineuse. Ces idées trouveraient peut-être des contradicteurs, mais nous les soumettons à l'examen des praticiens judicieux et mûris par l'expérience. En attendant nous nous conformerons à l'ancien usage, et nous démontrerons le mécanisme de l'accouchement dans les quatre positions que nous avons adoptées jusqu'ici.

SECTION PREMIÈRE.

Du mécanisme de l'Accouchement naturel dans la position occipito-antérieure gauche, ou première du sommet de la tête.

Dans cette position, l'occiput ou la fontanelle postérieure répond à la cavité cotyloïde gauche, et le front ou la fontanelle antérieure à la symphyse sacro-iliaque droite ; la suture sagittale se dirige donc obliquement de gauche à droite ; les deux branches de la suture lambdoïde regardent, l'une la fosse iliaque gauche, et l'autre, le pubis du même côté ; la suture pariéto-coronale se porte obliquement du sacrum vers la fosse iliaque droite. La nuque, le dos et les fesses sont tournés vers la partie antérieure gauche de la matrice ; le visage, la poitrine et les genoux, vers la partie postérieure droite de ce viscère, les pieds et les jambes vers son fond.

Avant le travail, le diamètre occipito-mentonnier et le diamètre perpendiculaire de la tête, sont, l'un oblique et l'autre parallèle à l'axe du détroit supérieur ; tandis que le diamètre transversal et le diamètre occipito-frontal, répondent aux deux diamètres obliques du même détroit ; d'où il suit que, toutes choses égales d'ailleurs, la tête ne pourrait franchir l'entrée du bassin, sans éprouver quelque difficulté, si elle demeurait fixe et immobile dans cette position ; car le diamètre oblique du détroit supérieur ne surpasse le diamètre occipito-frontal de la tête qui lui est correspondant, que d'un quart de pouce ou de trois lignes ; or, cet excès ne saurait compenser l'épaisseur du cuir chevelu, jointe à celle des parois utérines et des parties molles qui tapissent le bassin. La tête éprouverait donc de grands frottemens, et le même inconvénient aurait encore lieu, quoiqu'à un moindre degré, pour les épaules et les hanches, si elles conservaient leur situation diagonale en traversant les détroits pelviens. Pour prévenir les difficultés qui pourraient résulter de cette disproportion relative, le travail de l'accouchement imprime à la tête et au tronc certains mouvemens qui en facilitent beaucoup le passage : mouvemens dont il est bien important de méditer la direction, la cause et l'effet, pour concevoir le mécanisme de l'accouchement naturel qui doit servir de type ou de modèle à tous les autres.

1° Si l'on touche la femme lorsque les douleurs acquièrent de l'énergie, on sent que l'occiput descend insensiblement, et s'approche du centre de l'excavation, tandis que le front monte vers l'abdomen, et devient de plus en plus inaccessible au doigt ; il est donc évident que la tête, en s'engageant au détroit supérieur, exécute *un mouvement de flexion en avant*, par lequel le menton se porte vers la partie supérieure de la poitrine.

Ce n'est pas tout : quand la tête est descendue dans le petit bassin, on trouve aussi l'occiput derrière et vis-à-vis de la symphyse du pubis; ce qui suppose nécessairement que le front, le visage et le menton répondent alors à la concavité du sacrum. Par conséquent la tête a dû exécuter aussi *un mouvement de rotation ou de pivot,* qui équivaut à un sixième ou à un huitième de circonférence. Mais ce second mouvement n'est point isolé ou indépendant du premier, puisqu'ils s'opèrent l'un et l'autre simultanément, et qu'ils se combinent ensemble : d'où résulte un mouvement mixte ou composé par lequel la tête descend du détroit supérieur dans l'excavation du bassin, semblable à une vis qui tourne dans son écrou, ou à une vrille qui pénètre dans un morceau de bois.

Enfin, lorsque la tête franchit le détroit inférieur, le doigt et l'œil peuvent s'assurer, à mesure que la vulve s'entr'ouvre, que l'occiput se relève d'arrière en avant, et décrit un arc depuis le périnée jusqu'au mont de Vénus : ce qui ne saurait avoir lieu, sans que le front, le visage et le menton décrivent un arc opposé, en suivant la ligne courbe qui s'étend de la saillie sacro-vertébrale à l'extrémité du coccix et à la commissure postérieure. Donc la tête, en sortant du petit bassin, exécute *un mouvement de flexion en arrière,* opposé à celui qu'elle a exécuté en y entrant. Dans le premier cas, elle fléchit en avant ou vers la poitrine, et dans le second, en arrière ou vers le dos. Le centre de ce dernier mouvement est au sommet de l'arcade sous-pubienne, sur lequel la nuque est fixée, pendant que la tête tourne sur ce point comme une roue autour de son essieu. Elle présente donc à la vulve une suite de segmens dont le plus large a pour limites, sur les côtés, les bosses pariétales, et en avant les bosses frontales, ou une suite de rayons dont le plus long s'étend de la nuque au milieu du front.

Aussitôt que la tête est sortie, on la voit exécuter un mouvement latéral par lequel elle reprend la position oblique ou diagonale qu'elle avait au détroit supérieur; en sorte que l'occiput répond à la partie antérieure interne de la cuisse gauche, et le visage à la partie postérieure interne de la cuisse droite : ce qui confirme la rotation spirale de la tête dans la cavité du bassin. Mais à mesure que le col se dégage, la tête prend une situation tout-à-fait transversale, et les épaules se présentent directement à la vulve, la droite sous la symphyse du pubis, et la gauche à la commissure postérieure : ce qui suppose qu'elles ont quitté la position diagonale qu'elles avaient à l'entrée du bassin, qu'elles ont exécuté un mouvement de spirale ou de pas de vis dans l'excavation, et que la postérieure a suivi la courbure sacro-périnéale, pendant que l'antérieure lui servait de point d'appui derrière la symphyse du pubis. Enfin, l'épaule qui est en arrière se dégage avant celle qui répond au pubis, et la partie du tronc qui est sortie se dirige parallèlement à l'axe du détroit supérieur. Mais, comme la partie qui reste encore dans la matrice s'engage dans le bassin suivant l'axe du détroit supérieur, il en résulte que le corps du fœtus prend la forme d'un arc dont la convexité regarde le sacrum, et la concavité répond au pubis.

Après la sortie des épaules, la poitrine et l'abdomen se dégagent sans difficulté ; les hanches se présentent à leur tour, et exécutent de semblables mouvemens en traversant le bassin. Mais il est rare qu'on puisse les observer, parce qu'ils sont trop rapides ; on ne les distingue que dans les accouchemens où le fœtus est très-volumineux, et où les hanches se dégagent avec plus de lenteur que dans les cas ordinaires. Quant aux membres abdominaux, rien ne saurait les retenir dans le bassin, après la sortie du tronc.

2°. La cause des mouvemens que nous venons d'analyser n'est pas difficile à expliquer. Le sommet de la tête est poussé par les contractions utérines qui se dirigent parallèlement à l'axe du détroit supérieur, et dont la résultante passe près de la fontanelle postérieure ou de l'occiput ; donc ce point devrait avancer et s'engager le premier à l'entrée du bassin. Mais il est arrêté par le col de la matrice, qui n'est pas encore assez ouvert pour lui livrer passage, et par le détroit supérieur, dont les parties molles ont rétréci le contour. Par conséquent, la tête, mobile sur l'articulation occipito-atloïdienne, et déjà un peu inclinée en avant à cause de l'attitude générale du fœtus dans la cavité utérine, continue de fléchir encore dans le même sens, et le menton se dirige vers la poitrine. Ainsi le mouvement de flexion de la tête au détroit supérieur a pour cause les contractions de la matrice combinées avec la résistance du col utérin et des parties molles qui tapissent l'intérieur de la cavité pelvienne.

Mais la tête ne peut descendre dans l'excavation sans en toucher les parois latérales qui lui offrent deux plans, l'un antérieur, l'autre postérieur, inclinés en sens inverse. La bosse pariétale gauche glisse le long du premier jusqu'à l'extrémité de la tubérosité correspondante de l'ischium : ce qui ramène l'occiput vers l'arcade sous-pubienne, et le front vers la courbure du sacrum. Donc le mouvement de rotation spirale que la tête exécute dans le petit bassin a aussi pour cause les contractions utérines combinées avec la résistance des parois latérales du bassin.

Enfin, la tête arrivée au détroit inférieur y rencontre le coccix et le périnée, qui lui résistent par leur courbure, et la repoussent d'arrière en avant, de manière que l'occiput remonte vers la symphyse du pubis jusqu'à ce que le menton soit dégagé. Par conséquent la flexion de la tête au détroit inférieur ou à la vulve a pour cause les contractions utérines combinées avec la résistance du coccix et du périnée.

Quand on conçoit bien les mouvemens de la tête, rien de plus facile que d'expliquer ceux des épaules et des hanches pendant qu'elles traversent le bassin. La plus légère attention suffit pour comprendre qu'ils sont produits par les mêmes causes : cela est évident et n'a pas besoin de démonstration.

3°. L'effet de tous ces mouvemens n'est pas moins facile à indiquer : d'abord, par la flexion de la tête en avant à l'entrée du bassin, son diamètre occipito-mentonnier ou sa longueur devient parallèle à l'axe du détroit supérieur. Par conséquent le diamètre

occipito-frontal s'incline sur cet axe; le perpendiculaire se place entre la cavité cotyloïde gauche et la symphyse sacro-iliaque droite; et le transversal ou bipariétal se dirige à peu près de la cavité cotyloïde droite à la symphyse sacro-iliaque gauche. Donc ce premier mouvement de la tête a pour effet la coïncidence de ses plus petits diamètres, qui sont de trois pouces et demi, avec les diamètres obliques ou les plus grands du détroit supérieur, qui sont de quatre pouces et demi.

En second lieu, la rotation ou mouvement spiral de la tête dans le petit bassin en change la position, et la rend directe d'avant en arrière, de diagonale qu'elle était : ce qui la dispose à se dégager parallèlement à l'axe du détroit inférieur et à n'offrir encore que ses plus petits diamètres aux plus grands de cette ouverture. Car, durant la flexion de la tête en arrière, le diamètre bipariétal passe entre les extrémités postérieures des tubérosités ischiatiques, et le diamètre vertical répond au diamètre cocci-pubien, qui est le plus long ou le plus susceptible d'alongement au détroit inférieur.

La plus simple attention suffit aussi pour concevoir que les mouvemens des épaules et des hanches, en traversant le bassin, ont pour effet ou pour résultat la correspondance de leur largeur avec les plus grandes ou les plus favorables dimensions des ouvertures pelviennes.

En réfléchissant sur la marche du travail que nous venons de décrire dans cette position, il est facile de voir, 1°. que la tête exécute trois mouvemens; celui de flexion en avant, par lequel elle franchit le détroit supérieur; celui de pivot ou de rotation, par lequel sa position devient directe dans l'excavation, de diagonale qu'elle était au détroit supérieur; enfin, celui de flexion en arrière, par lequel elle franchit le détroit inférieur et la vulve. 2°. Que les épaules et les hanches s'engagent obliquement au détroit supérieur, et se dégagent directement au détroit inférieur; après avoir exécuté un mouvement de rotation opposé à celui de la tête. 3°. Que le tronc, à cause de l'inclinaison respective des deux axes du bassin, se fléchit dans l'excavation; de sorte qu'un de ses côtés devient convexe vers la courbure du sacrum, et l'autre un peu concave vers le pubis. D'où il résulte que la tête, dans la première position du sommet, présente toujours ses plus petites dimensions aux plus grandes du bassin, et que les épaules et les hanches prennent aussi la situation la plus favorable à leur passage. Admirable mécanisme! ingénieuse et profonde combinaison de mouvemens, qui explique une des plus belles fonctions de la nature, et qui, en indiquant la source des obstacles capables de la déranger, fait entrevoir en même temps les moyens propres à les prévenir et à les surmonter!

SECTION II.

Du mécanisme de l'Accouchement naturel dans la position occipito-antérieure droite, ou seconde du sommet de la tête.

Cette position ressemble beaucoup à la précédente; elle en diffère seulement, parce que l'occiput, le dos et les lombes correspondent

à la partie antérieure droite du bassin et de la matrice, tandis que le front, le visage, la poitrine et les genoux en regardent la partie postérieure gauche. Du reste, le rapport des dimensions de la tête avec celles du bassin est le même de part et d'autre avant et pendant le travail de l'accouchement. Les efforts de la matrice déterminent aussi les mêmes mouvemens et les mêmes inflexions de la tête, des épaules et des hanches. Au détroit supérieur, mouvement de flexion en avant, par lequel l'occiput s'enfonce dans le bassin, et le menton remonte vers la partie supérieure de la poitrine; dans l'excavation, mouvement de rotation, par lequel l'occiput roule de droite à gauche sous l'arcade du pubis, et le front de gauche à droite vers la courbure du sacrum; au détroit inférieur, mouvement de flexion en arrière, par lequel l'occiput remonte vers le pubis, et le menton se dégage après avoir parcouru la courbure du sacrum et du coccix. Le mécanisme de l'accouchement dans cette position est donc absolument le même que dans la première, et s'exécute avec la même facilité, à moins que la matrice, le plus souvent oblique à droite et en avant, ne dirige ses forces à gauche et en arrière, n'augmente le renversement de la tête qui existe quelquefois avant le travail, et ne s'oppose au mouvement de flexion en avant. Il peut arriver aussi que l'intestin rectum, trop rempli de matières fécales, porte obstacle au mouvement de pivot dans l'excavation du bassin, en empêchant le front et le visage de rouler de gauche à droite. Ce sont là les seules causes capables de contredire la nature, dont le but tend à faire correspondre les plus petits diamètres de la tête aux plus grands, soit du détroit supérieur, soit du détroit inférieur.

En réfléchissant sur le mouvement de rotation de la tête, on devine sans peine que le visage, aussitôt qu'il est dégagé, doit se porter vers la partie postérieure et interne de la cuisse gauche. Quant aux épaules, la droite s'engage la première vers la symphyse sacro-iliaque droite, pour rouler ensuite vers le milieu du sacrum, pendant que la gauche se porte de la cavité cotyloïde gauche sous le pubis, où elle sert de point d'appui, jusqu'à ce qu'elles soient entièrement sorties. Ainsi, après avoir décrit un mouvement de rotation opposé à celui de la tête, elles sortent du bassin avec la même facilité qu'elles y étaient entrées. Il en est de même des hanches.

SECTION III.

Du mécanisme de l'Accouchement dans la position occipito-postérieure droite, ou troisième du sommet de la tête.

Cette position est l'inverse de la première, si l'on confronte les différentes régions de la tête et du tronc du fœtus avec les points qu'on remarque au bassin. L'occiput, le dos et les fesses sont en arrière et à droite, tandis que le front, le visage, la poitrine et les genoux sont en avant et à gauche. Mais comme la direction de la tête est oblique, et que le rapport de ses diamètres avec ceux

de la filière qu'elle doit traverser, est le même que dans la première position, le mécanisme de l'accouchement doit être par conséquent le même. Ainsi, au détroit supérieur, la tête fléchit en avant, l'occiput s'enfonce dans le bassin vers la symphyse sacro-iliaque droite, et le menton s'approche de la poitrine vers la cavité cotyloïde gauche. Dans l'excavation du bassin, la tête exécute un léger mouvement de rotation qui ramène l'occiput vers la courbure du sacrum, et le front sous le pubis. Au détroit inférieur, la tête fléchit encore, mais en arrière, et la nuque se fixe sur le périnée pour servir de centre à ce mouvement; l'occiput se renverse, et les différens points du visage se dégagent de dessous la symphyse du pubis.

Quoique les mouvemens de la tête dans cette position soient les mêmes que dans la première, il s'en faut bien qu'ils s'opèrent avec la même facilité; car après le mouvement de rotation, le visage est obligé de remonter sous la symphyse du pubis, jusqu'à ce que l'occiput ait parcouru la courbure du sacrum et franchi la vulve; c'est ce qui rend l'accouchement plus difficile et plus long, à moins que le bassin ne soit très-évasé, ou la tête peu volumineuse; car dans cette position le diamètre occipito-mentonnier ne peut jamais devenir parallèle à l'axe du détroit inférieur, parce que le menton est séparé de la saillie sacro-vertébrale par l'épaisseur du col ou des épaules.

Dès que la tête est dégagée, le visage se tourne vers la partie antérieure et interne de la cuisse gauche, à laquelle il répondait avant le commencement du travail. Les épaules s'engagent obliquement au détroit supérieur, roulent dans l'excavation, et sortent directement au détroit inférieur. Le reste du tronc passe ensuite sans aucune difficulté comme dans les positions occipito-antérieures.

SECTION IV.

Du mécanisme de l'Accouchement dans la position occipito-postérieure gauche, ou quatrième du sommet de la tête.

Cette position est l'inverse de la seconde; l'occiput, le dos et les fesses sont en arrière et à gauche, tandis que le visage, la poitrine et les genoux sont en avant et à droite. La tête est donc située diagonalement, et le rapport de ses diamètres avec ceux du bassin est le même que dans les positions précédentes.

Au détroit supérieur, les contractions utérines font fléchir la tête en avant, de manière que le menton remonte sur la poitrine vers la cavité cotyloïde droite, tandis que l'occiput s'enfonce dans le bassin vers la symphyse sacro-iliaque gauche. Dans l'excavation, l'occiput roule vers le sacrum, et le visage sous la symphyse du pubis; au détroit inférieur, le visage remonte sous cette symphyse, jusqu'à ce que l'occiput ait franchi la commissure postérieure de la vulve; alors la nuque se fixe sur le périnée, pour servir de centre de mouvement à l'occiput qui se renverse, et au visage qui sort de dessous le pubis.

La tête n'est pas plus tôt dégagée, que le visage se tourne vers la partie antérieure et interne de la cuisse droite; les épaules s'engagent, et sortent comme dans la position précédente; le reste du tronc suit immédiatement après.

En examinant le mécanisme de l'accouchement dans cette position, on voit qu'elle est la moins favorable de toutes, soit parce que le visage se présente en devant, soit parce que l'intestin rectum peut s'opposer au mouvement de pivot que l'occiput doit exécuter dans l'excavation du bassin. C'était là ce que nous avions promis de faire remarquer.

SECTION V.

De quelques irrégularités ou exceptions qu'on observe dans les Accouchemens où l'enfant présente le sommet de la tête.

Dans ce genre d'accouchement, lorsque la tête s'est dégagée du bassin, le visage ne se tourne pas toujours vers la cuisse qu'il regardait avant de s'y engager, mais quelquefois vers celle du côté opposé. Ainsi, dans la première position, on a observé qu'il se tournait vers la cuisse gauche, et dans la seconde, vers la cuisse droite. Cette exception à la loi générale, toujours fort rare, quoi qu'en disent certains auteurs, ne peut avoir lieu que lorsque le fœtus est expulsé complètement par l'effort qui fait rouler la tête sur son axe dans l'excavation du bassin; car ce n'est qu'alors que ce mouvement de rotation, se communiquant à la poitrine et au reste du tronc, fait décrire à tout le fœtus une demi-spirale très-allongée qui ramène chacune de ses parties, et par conséquent le visage, vers le point du bassin opposé à celui d'où il était parti.

Une autre exception, peut-être moins rare que la précédente, a lieu lorsque l'occiput ou la fontanelle postérieure correspond à l'une des symphyses sacro-iliaques. On observe alors que cette partie de la tête, loin de se tourner vers le sacrum, suivant la loi générale de rotation, se rapproche insensiblement de la partie antérieure droite ou gauche; en sorte que la troisième position se réduit à la seconde, et la quatrième à la première. Mais on ne conçoit guère que cet heureux changement puisse s'opérer de lui-même, ni à plus forte raison par les secours de l'art, lorsqu'il y a déjà long-temps que les eaux se sont écoulées, et que la matrice s'applique fortement sur le fœtus. Il faut convenir que cette réduction des positions occipito-postérieures aux positions occipito-antérieures, si elle était facile, serait d'un avantage souvent inappréciable pour la femme et pour l'enfant.

ARTICLE II.

De l'accouchement naturel lorsque le Fœtus présente les pieds.

C'est un fait incontestable que l'accouchement où l'enfant présente les pieds peut se terminer par les seules forces de la nature, quoique Hippocrate et Galien, parmi les anciens, et le docteur Flamant, parmi les modernes, aient avancé le contraire. Nous ne

saurions donc conseiller, à l'exemple de ces auteurs, le refoulement des extrémités inférieures du fœtus pour ramener la tête au détroit supérieur. Cette espèce de version, tout au plus possible lorsque les eaux viennent de s'écouler, entraînerait même alors tant de difficultés et de dangers, que ce serait une témérité et une folie de l'entreprendre.

Mais quel que soit l'avantage de l'accouchement par les pieds; comment justifier l'erreur d'Antoine Petit, qui le regardait comme le plus naturel de tous? comment justifier, surtout, l'extravagance de quelques auteurs, qui conseillent de refouler la tête, lors même qu'elle est convenablement située au détroit supérieur, et d'y ramener les pieds, sous prétexte de rendre l'accouchement plus facile? L'expérience a démontré que l'accouchement par la tête étant le plus fréquent, doit être aussi le plus naturel et le plus avantageux pour la mère et pour l'enfant. Bien plus, il paraît certain, d'après les tables dressées par Baudelocque, à l'hospice de la Maternité, que l'accouchement par les pieds, à n'examiner que sa fréquence, devrait être encore moins naturel que celui où l'enfant vient par les fesses.

Quoiqu'il en soit, il est facile d'expliquer pourquoi les pieds se présentent, si l'on considère la mobilité dont le fœtus jouit dans la matrice, avant que sa longueur égale la largeur de ce viscère. Quant à ce qui concerne le diagnostic de ce genre d'accouchemens, il peut bien offrir quelque incertitude avant l'ouverture de la poche des eaux; mais, après ce temps, il est si facile de reconnaître les pieds soit à leur direction par rapport aux jambes, soit à la saillie des talons et des malléoles, soit à la forme et à la disposition des orteils, que toute méprise devient impossible.

Le travail offre, au moins dans le commencement, les mêmes phénomènes que dans le genre précédent. Ce sont aussi les hanches, les épaules et la tête qui éprouvent le plus de difficulté pour traverser le bassin, auquel les pieds peuvent se présenter de quatre manières différentes.

Dans la première position, les talons répondent à la cavité cotyloïde gauche, et les orteils à la symphyse sacro-iliaque droite. On peut l'appeler *calcanéo-antérieure gauche*.

Dans la seconde, les talons regardent la cavité cotyloïde droite, et les orteils la symphise sacro-iliaque gauche. Elle peut s'appeler *calcanéo-antérieure droite*.

Dans la troisième, qui est l'inverse de la première, les talons sont tournés vers la symphyse sacro-iliaque droite, et les orteils vers la cavité cotyloïdienne gauche. Nous la désignerons sous le nom de *calcanéo-postérieure droite*.

Dans la quatrième, qui est l'inverse de la seconde, les talons se dirigent du côté de la symphyse sacro-iliaque gauche, et les orteils du côté de la cavité cotyloïde droite. Nous lui donnerons le nom de *calcanéo-postérieure gauche*.

On sera peut-être surpris que nous n'ayons pas suivi la division adoptée par les auteurs même les plus modernes, qui, dans la

troisième position des pieds, font correspondre les talons au pubis, et à la saillie sacro-vertébrale dans la quatrième. Mais ne serait-ce pas une sorte de contradiction, que d'admettre dans l'accouchement par les pieds ces deux positions directes, après les avoir rejetées dans l'accouchement par le sommet de la tête? Et s'il est vrai que les positions diagonales en général soient les plus naturelles, pourquoi n'auraient-elles pas le même avantage lorsque les pieds se présentent? D'ailleurs, ceux qui placent les talons derrière le pubis ou sur la saillie sacro-vertébrale, assurent positivement qu'après la sortie du dos, la tête, à cause de sa mobilité, vient se présenter diagonalement au détroit supérieur, parce que la convexité de la colonne lombaire et la forme arrondie du front ou de l'occiput, la forcent de se détourner et de se déjeter à droite ou à gauche; c'est donc avouer que les positions directes se réduisent naturellement aux positions diagonales; c'est donc dans celles-ci qu'il faut bien étudier le mécanisme de l'accouchement naturel. Enfin, ajoute-t-on, le tronc de l'enfant ne peut sortir, le dos tourné directement vers le pubis, que lorsque le détroit abdominal est resserré suivant son diamètre sacro-pubien, et que le détroit périnéal a trop de largeur en travers. Mais n'est-ce pas là supposer ce qui est entièrement contraire à l'accouchement naturel, dont la première condition est la bonne conformation du bassin? Tout nous porte donc à rejeter la troisième et la quatrième position des pieds, telles que les auteurs les ont supposées; car, outre qu'elles sont peu naturelles, elles n'offrent aucun avantage pour la théorie, et elles sont moins fondées sur l'observation que celles dont nous avons parlé.

SECTION PREMIÈRE.

Du mécanisme de l'Accouchement naturel dans la position calcanéo-antérieure gauche, ou première des pieds.

Dans cette position, les fesses, le dos et l'occiput répondent à la partie antérieure gauche de la matrice et du bassin, tandis que l'abdomen, la poitrine et le visage en regardent la partie postérieure droite.

Cela posé, les pieds naturellement appliqués sur les fesses sont poussés hors de la vulve, et les hanches ne tardent pas à paraître. Celles-ci s'engagent diagonalement au détroit supérieur, pour venir se dégager directement au détroit inférieur; en sorte que la droite se porte vers le sacrum dont elle parcourt la courbure, pendant que la gauche fixée sous le pubis lui sert de point d'appui. Le tronc, légèrement recourbé, se relève vers le pubis, et se dégage sans aucune difficulté jusqu'aux épaules.

Alors les bras de l'enfant, à cause de la résistance que leur oppose la marge du bassin, remontent vers la poitrine et le visage, pour s'allonger sur les parties latérales de la tête. Les épaules s'engagent diagonalement au détroit supérieur, mais la droite qui est en arrière paraît avant la gauche qui est en avant; elles rou-

lent sur leur pivot dans l'excavation, et se présentent directement au détroit inférieur, où leur sortie est bientôt suivie de celle des bras.

La tête franchit le détroit supérieur, et descend dans l'excavation, en plongeant par le menton qui est naturellement appuyé sur la poitrine; l'occiput se tourne vers le pubis, et le front vers le sacrum; la nuque se fixe sous l'arcade du pubis, et le visage s'applique contre le coccix et le périnée; enfin le menton se dégage de la vulve, et l'accouchement est terminé.

En considérant avec attention la marche de l'enfant dans cette espèce d'accouchement, on voit que le tronc se recourbe légèrement dans l'excavation du bassin, et qu'une de ses parties se dégage parallèlement à l'axe du détroit inférieur, tandis que l'autre s'engage parallèlement à celui du détroit supérieur; les fesses et les épaules présentent leur plus grande largeur au diamètre oblique du bassin, et la tête exécute les mêmes mouvemens que lorsqu'elle se présente la première.

SECTION II.

Du mécanisme de l'Accouchement naturel dans la position calcanéo-antérieure droite, ou seconde des pieds.

Ici, même rapport du fœtus avec le bassin que dans la position précédente; les fesses, le dos et l'occiput sont en avant et à droite; l'abdomen, la poitrine et le visage en arrière et à gauche; par conséquent, même inflexion du tronc, même progression des hanches, des épaules et de la tête. Toutes ces parties s'engagent diagonalement au détroit supérieur et viennent sortir directement au détroit inférieur. La tête se penche d'abord sur la poitrine, roule ensuite dans l'excavation, et enfin se renverse en arrière.

SECTION III.

Du mécanisme de l'Accouchement naturel dans la position calcanéo-postérieure droite, ou troisième des pieds.

Cette position étant l'inverse de la première, les fesses, le dos et l'occiput sont en arrière et à droite, l'abdomen, la poitrine et le visage en avant et à gauche; d'où il résulte que l'accouchement doit être absolument le même. Les fesses et les épaules se dégagent comme à l'ordinaire; la tête seulement rencontre un peu plus de difficultés, parce que le visage est obligé de remonter sous la symphyse jusqu'à ce que l'occiput ait parcouru la courbure du sacrum, du coccix et du périnée. Alors la commissure postérieure devenant le centre du mouvement de la tête, la nuque se renverse vers l'anus de la mère, pendant que le menton, la bouche, le nez et le front se dégagent successivement de dessous le pubis. On conçoit néanmoins, et l'observation confirme, que le mouvement de spirale imprimé aux fesses par la matrice peut être assez fort pour ramener le tronc à la seconde position; ce qui lève tout obstacle.

SECTION IV.

Du mécanisme de l'Accouchement naturel dans la position calcanéo-postérieure gauche, ou quatrième des pieds.

Dans cette position, qui est l'inverse de la seconde, les fesses, le dos et l'occiput sont en arrière et à gauche; l'abdomen, la poitrine et le visage en avant et à droite. Donc point de changement dans les rapports du fœtus avec le bassin, ni dans le mécanisme de l'accouchement.

Les fesses, les épaules et la tête se dégagent comme dans la position précédente; seulement l'intestin rectum rend la rotation de la tête un peu plus difficile dans l'excavation; joint à cela, que le visage est obligé de remonter derrière la symphyse du pubis, jusqu'à ce que l'occiput appuie sur le périnée. Mais la nature réduit quelquefois cette position à l'une des deux premières, et plus souvent à la calcanéo-antérieure gauche, ce qui prévient ou ôte toutes les difficultés.

Nous ferons observer que l'accouchement pourrait se terminer dans toutes ces positions, quoiqu'un seul pied se présentât au détroit supérieur; l'autre s'allongerait alors sur la poitrine de l'enfant, et le travail n'en serait guère plus long ni plus difficile.

ARTICLE III.

De l'Accouchement naturel, lorsque l'enfant présente les genoux.

Ce genre d'accouchement, beaucoup plus rare que le précédent, peut néanmoins se terminer par les seules forces de la nature. A la vérité, un des genoux reste quelquefois appuyé et comme arc-bouté contre le rebord du bassin, ce qui ralentit le travail ou le rend plus pénible. Mais lorsqu'ils descendent l'un et l'autre en même temps, leur volume ne saurait y mettre obstacle, parce qu'il est toujours proportionné aux dimensions du bassin, malgré la flexion des jambes sur les cuisses.

Avant la rupture de la poche des eaux, si un seul genou se présente, on peut le confondre avec le coude, quoique celui-ci soit plus petit et plus aigu; mais après l'écoulement des eaux, les cuisses et les jambes sont tellement à la portée du doigt, qu'elles préviennent toute méprise sur la présence des genoux.

Le nombre de leurs positions à l'égard du bassin, est le même que pour les pieds.

Dans la première, les jambes répondent à la partie antérieure gauche du bassin, et les cuisses à la partie postérieure droite. On peut l'appeler *tibio-antérieure gauche.*

Dans la seconde, les jambes regardent la partie antérieure droite, et les cuisses la partie postérieure gauche; elle peut se nommer *tibio-antérieure droite.*

La troisième et la quatrième sont inverses des deux précédentes; on peut les désigner sous les noms de *tibio-postérieure droite,* et de *tibio-postérieure gauche.*

Les raisons qui nous ont encore déterminés à nous écarter ici de

la doctrine vulgaire pour les positions des genoux, sont les mêmes que dans les accouchemens par les pieds.

Chacune de ces quatre positions, après l'expulsion des genoux, se trouve réduite à la position correspondante des pieds; le mécanisme de l'accouchement doit donc en être le même; les hanches, les épaules et la tête se dégagent, comme si les pieds se présentaient les premiers.

ARTICLE IV.

De l'Accouchement naturel, lorsque l'enfant présente les fesses.

L'accouchement par les fesses est plus fréquent que par les pieds, mais beaucoup plus rare que par la tête. Le rapport des dimensions du bassin à celles des fesses, joint à la mollesse de ces dernières, suffit alors pour expliquer la possibilité de la délivrance par les seules forces de la nature, sans avoir besoin de recourir à l'écartement des os pubis. On ne saurait néanmoins disconvenir que l'enfant qui se présente en double, n'éprouve un peu plus de difficulté, pour traverser le bassin, que celui dont les extrémités inférieures sont allongées ou étendues.

Avant la rupture des membranes, il est très-difficile, pour ne pas dire impossible, de reconnaître les fesses, et de les distinguer, soit d'avec le visage, soit d'avec l'abdomen; elles sont alors trop élevées et hors de la portée du doigt. Mais dès que les eaux se sont écoulées, l'apparition du méconium fait présumer ce genre d'accouchement; enfin, on ne peut plus douter que le fœtus ne vienne par le siége ou en double, lorsque le doigt rencontre une tumeur assez étendue, plus molle que la tête, mais plus dure que le ventre, et traversée d'un sillon où l'on trouve l'anus et les organes sexuels.

Les motifs que nous avons exposés à l'occasion des pieds, nous engagent encore à n'admettre que quatre positions principales des fesses.

Dans la première position, le siége ou le sacrum répond à la partie antérieure gauche du bassin; on peut la nommer *sacro-antérieure gauche.*

Dans la seconde, le siége ou le sacrum regarde la partie antérieure droite; elle peut s'appeler *sacro-antérieure droite.*

La troisième et la quatrième étant inverses des deux précédentes, on pourra leur donner les noms de *sacro-postérieure droite* et de *sacro-postérieure gauche.*

Dans chacune de ces quatre positions, les hanches se présentent diagonalement au détroit supérieur; mais à mesure qu'elles descendent, l'une se dirige insensiblement vers le pubis, où elle reste immobile, et l'autre vers le sacrum, dont elle parcourt toute la courbure jusqu'à l'extrémité du coccix. Celle-ci paraît la première à la vulve; les fesses se découvrent; le tronc sort, et se recourbe légèrement vers le mont de Vénus; enfin, les aisselles s'approchent, les bras se dégagent d'eux-mêmes, et le reste de l'accouchement se termine comme dans la position correspondante des pieds. Mais les

membres inférieurs restent presque toujours fléchis et appliqués sur le tronc; ils ne se dégagent pour l'ordinaire qu'avec la tête.

Nous ferons remarquer en passant, que le véritable et même le seul moyen de bien concevoir le mécanisme de l'accouchement naturel, est d'en simuler les différentes positions pour chaque genre sur un mannequin; on voit pour ainsi dire alors la nature à découvert, et chaque attitude, chaque mouvement du fœtus laisse une impression qui se grave et se conserve long-temps dans la mémoire. Nous ne saurions donc assez recommander aux élèves de se familiariser avec ce genre d'exercice manuel; il est beaucoup plus utile pour eux que le meilleur traité d'accouchemens, fût-il même orné des plus belles gravures.

CHAPITRE III.

De la conduite de l'accoucheur pendant le travail de l'Accouchement naturel.

Si l'on ne considérait que la facilité avec laquelle la plupart des femmes accouchent à la campagne et même au sein des villes, on serait porté à croire qu'elles n'ont besoin d'aucun secours. Mais il s'en faut bien que toutes jouissent d'un aussi rare bonheur; il en est parmi elles qui courent les plus grands dangers, lorsqu'elles sont entièrement livrées aux ressources de la nature. Le travail de l'enfantement n'est jamais le même dans les différens individus; il peut être trop violent et trop prompt, ou trop faible et trop lent: deux circonstances qui, quoiqu'opposées, n'en produisent pas moins des accidens fort graves et quelquefois mortels. La marche de la nature n'est donc pas tellement régulière et uniforme, qu'elle n'ait jamais besoin d'être rectifiée. Il est souvent utile et même nécessaire de la ralentir ou de l'accélérer; et alors l'homme de l'art, dont le ministère se réduirait à la fonction de simple spectateur, ne serait-il pas aussi coupable que la matrone ignorante et téméraire qui entreprendrait des manœuvres inconsidérées?

D'ailleurs, toutes les femmes ne jouissent pas de la même santé. Il y en a qui sont naturellement faibles et disposées à des incommodités; tel accident qui ne dérange point le travail de l'une, devient un obstacle insurmontable pour l'autre. La conduite de l'accoucheur doit donc varier dans ces circonstances. Il faut qu'il sache également prévoir le danger avant qu'il arrive, et le dissiper quand il est présent. C'est en quoi consiste cette sagacité ou ce tact qu'on n'acquiert que par l'habitude et l'expérience. Avec cette précieuse qualité, on saisit toujours l'occasion d'être utile à la femme qui accouche; et on évite tout ce qui peut lui être nuisible ou même incommode. Il est rare qu'elle ne réclame pas quelque soin plus ou moins important dans les différentes périodes du travail. Tantôt c'est à l'hygiène qu'il suffit d'avoir recours; tantôt ce sont les règles les mieux combinées de la thérapeutique qu'il convient d'observer, pour prévenir ou lever toutes les difficultés qui

s'opposent à l'accouchement. Là, une femme naturellement sensible, craintive et sujette à s'alarmer ou à perdre courage, n'exige que des paroles douces, amicales, consolantes et propres à inspirer de la confiance; ici, une autre plus ou moins imprudente, tomberait pendant le travail dans des écarts qui pourraient compromettre sa santé, si l'on ne savait prendre un ton ferme pour lui en imposer; ailleurs, c'est une légère inclinaison de tout le corps, ou de la matrice seulement, qui va favoriser un travail dont on appréhendait la longueur et presque l'impossibilité. On peut dire, en général, que l'accoucheur le plus habile sera celui qui, à la connaissance de son art, saura réunir assez de dextérité, de souplesse et même de complaisance, pour se conformer aux souffrances, à l'âge, au tempérament, à l'habitude, au goût et quelquefois au caprice de la femme qu'il assiste.

ARTICLE PREMIER.

Des précautions que l'accoucheur doit prendre en arrivant auprès de la femme qui réclame son ministère.

Quelle maladresse, quelle honte pour un homme de l'art de perdre son temps auprès d'une femme, en attendant qu'elle accouche, lorsqu'elle n'est pas enceinte, ou qu'elle n'est pas à terme, ou bien qu'elle n'est pas encore en travail! C'est là néanmoins le reproche qu'on pourrait faire à plus d'un accoucheur, et surtout à plus d'une matrone. Le premier soin est donc de pratiquer le toucher, pour éviter de semblables méprises. On s'assure par-là du mouvement actif ou passif du fœtus, seul signe caractéristique de la grossesse; on examine si le col de l'utérus est entièrement effacé, ou s'il conserve encore de sa longueur, de sa dureté et de son épaisseur, pour savoir si la femme est à terme ou non; on recherche si les douleurs qu'elle éprouve dépendent des contractions utérines, ou de toute autre cause; si elles tendent à expulser le produit de la conception; en un mot, si elles sont vraies ou fausses, et l'on distingue ainsi le travail d'avec ce qui en a seulement l'apparence. On fait attention à l'intensité de ces douleurs, et à la manière dont elles se succèdent; on estime l'ouverture de l'orifice utérin et l'étendue de la poche des eaux, pour calculer si le travail est avancé ou non. Enfin, le premier accouchement étant pour l'ordinaire plus long que les autres, on s'informe si la femme a déjà eu des enfans, pour juger à peu près du temps qu'elle doit employer à se débarrasser.

Ce n'est pas tout: il y aurait encore de l'imprudence, quand on touche la femme, de négliger l'examen du bassin et de la matrice; il faut que le doigt et la main apprécient la bonne ou mauvaise conformation de l'un, ainsi que la situation droite ou oblique de l'autre. Il convient aussi de s'assurer par le toucher de l'état du vagin et de la vulve. Ces parties offrent-elles de la rigidité, ou sont-elles assez souples, assez dilatées pour livrer passage au produit de la conception? La vessie et le rectum sont-ils dans l'état de plénitude ou de vacuité?

Enfin, le doigt indicateur, porté vers le segment de la matrice qui correspond à l'entrée du bassin, doit vérifier, autant qu'il est possible, le volume et la situation du fœtus. Quelle est la partie qu'il présente? est-ce le tronc où l'une de ses deux extrémités? La tête est-elle molle ou rénitente? s'engage-t-elle par le sommet? prend-elle une position diagonale et favorable? paraît-elle proportionnée à la largeur de la filière qu'elle doit traverser? est-elle encore au-dessus du détroit supérieur ou dans l'excavation? exécute-t-elle à propos les divers mouvemens qui constituent le mécanisme de l'accouchement naturel?

Mais les recherches de l'accoucheur ne doivent pas se borner au bassin de la mère et au fœtus; il doit jeter aussi un coup d'œil sur la constitution de la femme en général. Qu'il examine si elle est encore jeune ou âgée, si elle est forte et vigoureuse, ou faible et délicate, si elle jouit d'une bonne santé, ou si elle est affectée de quelque maladie, soit aiguë, soit chronique.

Toutes ces précautions sont d'une telle importance, qu'on ne peut les négliger sans s'exposer à faire beaucoup de mal. On est alors auprès de la femme qui accouche comme si l'on n'y était pas, puisqu'on est incapable de lui donner le moindre secours. Que l'accouchement se termine de lui-même ou avec facilité, c'est un bonheur, ou plutôt un hasard dont on peut se réjouir; mais qu'un accident survienne, comment y remédiera-t-on, puisqu'on n'a rien fait pour le prévoir? Il n'en est pas de même de l'accoucheur qui s'empresse de reconnaître l'état de la mère et du fœtus, ainsi que la nature du travail. Muni de ce diagnostic, il est toujours calme et de sang-froid, soit que le travail marche suivant le vœu de la nature, soit qu'il vienne à se déranger ou à être laborieux. Comme sa pensée a tout examiné et tout prévu, il n'est jamais embarrassé, et il emploie à propos les moyens que chaque cas exige, sans compromettre sa réputation, ni le salut de la mère ou de l'enfant. Pourrait-on assez recommander aux accoucheurs de pratiquer cet examen, et aux femmes de s'y soumettre dès le commencement du travail?

ARTICLE II.

Des moyens propres à faciliter l'Accouchement naturel.

Aussitôt que la femme ressent des douleurs, et qu'elle est avertie de sa prochaine délivrance, on doit lui conseiller de relâcher ses vêtemens pour être plus à son aise. Qu'elle éloigne aussi de bonne heure toutes les personnes qui pourraient la gêner ou lui être à charge, et qu'elle ne garde auprès d'elle que celles qui peuvent lui être utiles ou agréables.

Qu'elle aille à la garde-robe, si elle en a besoin, et si elle est constipée, qu'elle prenne un lavement, soit à l'eau simple, pour évacuer les gros excrémens, soit à l'eau de guimauve ou de graine de lin, pour diminuer en même temps l'irritation de l'intestin.

La vessie est-elle pleine, la femme doit la vider en urinant, et

si quelque obstacle s'y oppose, il faut avoir recours à la sonde. Mais cet instrument ne peut pas toujours traverser le canal de l'urètre, à cause de la compression que la matrice exerce contre le pubis. Pour rendre cette opération plus facile, on relève le bassin un peu plus que le reste du tronc; ou bien, à l'exemple d'un ancien accoucheur hollandais, on fait accroupir la femme sur les genoux et les coudes. Dans ces sortes d'attitudes, la matrice, entraînée vers le diaphragme par une légère inclinaison, s'écarte du pubis, et cesse de comprimer le col de la vessie. La sonde pénètre alors plus facilement dans ce viscère, et l'issue est ouverte au liquide qui s'y était accumulé.

Y a-t-il déjà long-temps que la femme n'a pris de la nourriture, et prévoit-on que le travail sera encore long, on lui accorde quelque chose de restaurant, tel qu'un consommé ou un potage, afin de soutenir ses forces. Mais si le travail est déjà avancé, et qu'il marche rapidement, on ne lui permet que du bouillon léger, encore faut-il que le besoin l'indique.

Lorsque la femme sera altérée, on apaisera sa soif avec quelque boisson rafraîchissante, telle que l'eau sucrée, l'eau de groseilles, la décoction d'orge ou de chiendent, la limonade; mais on se gardera bien d'avoir de la condescendance pour les liqueurs spiritueuses, telles que le vin chaud avec le sucre et la cannelle, l'alcool ou l'eau-de-vie, et certains élixirs que des matrones ont mis en usage parmi les femmes du peuple. Toutes ces préparations, plus ou moins incendiaires, ne sont propres qu'à échauffer la femme, à l'enivrer, à provoquer des pertes abondantes, en un mot à retarder l'accouchement au lieu de l'accélérer.

La saignée est encore un moyen qui peut favoriser l'accouchement dans certaines circonstances. Elle est indiquée toutes les fois que la femme, jeune et robuste, éprouve des douleurs fortes et fréquentes, sans que l'orifice utérin se dilate d'une manière sensible, ou sans que le travail fasse de grands progrès. On la pratique aussi avec avantage lorsque la femme est pléthorique ou sanguine, ce que l'on reconnaît à la rougeur du visage, à l'éclat de l'œil qui étincelle, à l'engourdissement des membres, à la pesanteur de la tête, et à une sorte d'oppression des forces, bien différente de la faiblesse et de l'épuisement. En diminuant alors la quantité des liquides, on prévient la congestion cérébrale ou les coups de sang, les hémorrhagies, les convulsions, et même la fièvre, que la violence du travail pourrait allumer.

Après avoir désempli les vaisseaux, si la rigidité persévérait encore dans le système utérin, on pourrait, sans aucun risque, employer les bains ou demi-bains tièdes, ainsi que les fumigations émollientes. Il n'y aurait que la femme d'une complexion délicate, déjà asthmatique avant la grossesse, ou disposée à la syncope, ou enfin menacée d'une hernie, à qui ces moyens pourraient être préjudiciables. Mais ils auraient certainement des succès marqués, quoi qu'en dise Levret, chez la femme qui aurait passé la fleur de sa jeunesse sans devenir mère, et chez celle dont les parties seraient

naturellement étroites, ou auraient été resserrées par quelque cause accidentelle, comme l'abus des astringens ou un spasme survenu momentanément. Nous en avons retiré de si grands avantages en plusieurs circonstances, que nous les préférons à tout autre moyen, lorsqu'il est nécessaire d'assouplir la vulve, le vagin et même le col de la matrice. Toutefois, il faut que le liquide avec lequel on prépare les bains et les fumigations ne soit pas porté à une température trop élevée; ce serait alors un irritant qui crisperait les solides au lieu de les relâcher, et qui augmenterait nécessairement la résistance qu'on voudrait surmonter.

Ce serait encore priver la femme en travail d'une ressource à laquelle le vulgaire et même des accoucheurs accordent beaucoup de vertu, que de négliger certaines applications sur les parties génitales externes; telles que les onctions avec les corps gras et mucilagineux, les cataplasmes émolliens, les injections avec le mucilage de guimauve ou de graine de lin. A la vérité, ces topiques sont le plus souvent inutiles, et leur action n'est jamais assez efficace pour ramollir les symphyses ni pour écarter les os du bassin; mais il faut au moins convenir qu'ils peuvent remédier quelquefois à la sécheresse des parties molles, et suppléer à l'humidité dont elles sont naturellement lubrifiées. Dans tous les cas, ils ont moins d'inconvéniens que la plupart des manœuvres adoptées par d'aveugles routiniers pour préparer la voie au fœtus. Il en est qui, en arrivant auprès de la femme, enfoncent, à plusieurs reprises, leur main dans le vagin, sous prétexte d'en opérer la dilatation; quelquefois même, le croira-t-on? ils n'ont pas soin d'examiner auparavant si la femme est en travail, ou si elle est seulement enceinte. Les imprudens! ils ignorent que de tels procédés dessèchent les organes génitaux, les irritent et les disposent à l'inflammation. D'autres, pour accélérer la sortie de la tête qui a déjà plongé dans l'excavation, repoussent fortement le coccix en arrière, en opèrent même la luxation, comme si cet os était toujours un obstacle à l'accouchement. Enfin, il y a encore dans quelques provinces des matrones inconsidérées qui s'arment d'une pièce de six liards bien tranchante, et fendent impitoyablement le périnée, lorsqu'il est tendu sur la tête du fœtus. C'est ainsi qu'elle délabrent une partie que la nature, par un travail lent et gradué, semble toujours ménager, en lui donnant, pour ainsi dire, le temps de prêter ou de céder sans se rompre.

ARTICLE III.

De l'ouverture de la poche des eaux dans l'Accouchement naturel.

Si l'on est bien attentif à ce qui se passe dans le travail de l'accouchement naturel, on observe que les membranes, portées à leur dernier degré d'extensibilité, se rompent le plus souvent par l'effet d'une douleur plus ou moins violente. Mais ce phénomène n'arrive presque jamais que la poche des eaux ne soit bien formée, l'orifice de la matrice complètement dilaté, et la tête du fœtus assez

engagée pour occuper bientôt après l'excavation du bassin, et pour paraître à la vulve. Voilà donc trois conditions que la nature exige, et dont l'accoucheur doit attendre la réunion ou le concours pour déchirer les membranes.

Avant cette époque, l'écoulement des eaux serait prématuré, et le travail, loin d'être accéléré, marcherait avec plus de lenteur. Outre cela, la mère et l'enfant ne seraient pas sans danger; car, si les douleurs continuaient d'être énergiques et fréquentes, on aurait à craindre l'inflammation ou la rupture de la matrice, la compression du cordon ombilical et la mort de l'enfant. C'est donc ici que la véritable habileté consiste à ne pas se presser, et que la patience doit être la principale vertu de l'accoucheur.

Mais lorsqu'on rencontre les trois conditions prescrites par la nature, et que d'ailleurs tout est bien disposé pour l'accouchement, ne serait-ce pas perdre du temps, et prolonger inutilement les souffrances de la femme, que de laisser la poche des eaux dans son état d'intégrité? En la déchirant alors, on accélère l'expulsion du fœtus, en l'empêche de naître coiffé ou enveloppé de ses membranes, et on prévient les dangers qui le menacent ainsi que la mère, surtout quand la tête séjourne trop long-temps au passage.

La rupture des membranes est surtout bien indiquée, lorsque, malgré leur distension convenable et la dilatation complète de l'orifice utérin, elles conservent trop de consistance et de fermeté pour céder aux efforts de la matrice. Ce serait encore une grande faute de les respecter, lorsqu'après s'être déjà déchirées au-dessus ou à côté de l'orifice, elles ont formé une nouvelle poche plus ou moins distendue; car alors les eaux, obligées de refluer vers la première crevasse, et ne coulant pour ainsi dire que goutte à goutte, allongeraient le travail en pure perte pour l'enfant.

Quelquefois la poche des eaux a tant de mollesse ou de laxité qu'elle prête indéfiniment; elle se durcit à peine dans le fort de la douleur; mais elle s'allonge en forme de boyau, et s'étend même jusqu'à la vulve, comme si un bras ou un pied de l'enfant s'y présentait. C'est alors le cas de la déchirer, pourvu qu'on rencontre la triple condition indiquée par la nature; car dès-lors cette poche cesse de contribuer à la dilatation des parties, et l'on attendrait en vain qu'elle se déchirât par l'effet des contractions utérines.

Enfin, il peut arriver que la tête, déjà très-basse, empêche les eaux de descendre, ou bien que ce liquide lui-même soit en petite quantité. Dans ces deux cas, les membranes n'étant pas distendues, ne forment point de poche, et l'on dirait que l'accouchement se fait presqu'à sec; il ne faut donc avoir égard alors qu'à l'orifice de la matrice; et lorsqu'il est assez dilaté pour laisser passer la tête, on doit, sans délai, percer les membranes.

Telles sont les circonstances où il est utile et même nécessaire d'ouvrir la poche des eaux pour accélérer le travail de l'accouchement, qui languirait sans cette opération. Mais n'y a-t-il pas aussi des cas, où il est trop prompt, et où il est avantageux de le retar-

der? Supposons que la matrice soit distendue par une quantité excessive de liquide, ce qui arrive assez communément; quoique les douleurs soient alors faibles et peu efficaces, si l'on attendait la rupture spontanée de la poche des eaux, n'aurait-on pas à craindre que le fœtus ne fût expulsé trop brusquement, et comme emporté par le flot du liquide? N'aurait-on pas à redouter aussi que la stupeur ou l'inertie de la matrice ne causât une hémorrhagie mortelle? Ce serait donc manquer de prudence, et compromettre les jours de la femme, que d'attendre la distension entière des membranes, la dilatation complète de l'orifice utérin, et la descente de la tête dans l'excavation. En déchirant au contraire, de bonne heure, la poche des eaux, on donne à la matrice le temps de revenir graduellement sur elle-même, et de se réveiller de son état d'inertie momentanée, pour lutter ensuite contre la résistance du col, du vagin et de la vulve. En un mot, on retarde l'accouchement, et on prévient quelquefois un grand malheur. A la vérité, l'enfant court alors un peu plus de risque; mais qu'est-ce que la compression du cordon ombilical, qui est toujours légère dans la supposition ci-dessus, en comparaison de la perte de sang qui peut foudroyer la femme?

Il est encore fort avantageux et même nécessaire de retarder le travail de l'accouchement, pour empêcher la femme de succomber, lorsque les douleurs sont trop fortes et trop fréquentes, ou lorsqu'elles menacent d'expulser trop brusquement l'enfant hors de la matrice. Dans ce cas-là, outre l'inertie de ce viscère dont nous avons déjà parlé, la femme n'aurait-elle pas à redouter la déplétion trop subite de l'abdomen, l'afflux précipité des fluides dans cette cavité, et leur dérivation des parties supérieures; enfin la syncope, la stase du sang dans les vaisseaux utérins, des engorgemens, des coliques, des tranchées? Il serait donc indispensable alors de percer la poche des eaux, avant qu'elle fût bien prononcée, pour modérer la violence des contractions utérines; il faudrait aussi que cette opération fût pratiquée avant la dilatation complète de l'orifice; car si l'on attendait qu'il fût assez ouvert pour laisser passer la tête, la matrice, venant à s'appliquer sur le fœtus après l'écoulement des eaux, en serait irritée; ses contractions deviendraient plus violentes, et le travail serait accéléré, loin d'être ralenti.

On observe que l'accouchement se termine pour l'ordinaire avec d'autant plus de promptitude, qu'il est plus répété chez la même femme; mais alors les tranchées utérines sont aussi plus longues et plus violentes; en sorte que la femme en est presque exempte après ses premières couches, tandis qu'elle en est le plus cruellement tourmentée après les dernières. On attribue ces sortes de coliques aux efforts que la matrice fait pour se débarrasser du sang qui se coagule dans sa cavité, ou dont ses parois restent engorgées après un accouchement trop prompt. Si cette théorie était fondée, ne pourrait-on pas prévenir les tranchées, en rompant de bonne heure la poche des eaux, pour retarder l'accouchement, et pour donner à la matrice le temps de se dégorger ou de se vider plus

complètement? Ce moyen paraît, sans contredit, le plus efficace au premier coup d'œil; mais est-il aussi le plus rationnel et le plus sûr? D'abord il est certain que les tranchées sont une des suites les plus naturelles de l'accouchement; ne serait-ce donc pas une imprudence de les prévenir, en déchirant les membranes? D'un autre côté, la femme qui accouche pour la première fois est dans toute sa vigueur, au lieu qu'elle est plus faible dans les couches subséquentes. La nature semble donc venir à son secours, en abrégeant le travail de l'accouchement, à mesure que ses forces diminuent par les progrès de l'âge. A la vérité, les tranchées deviennent aussi de plus en plus violentes; mais il s'en faut bien que ces douleurs, quoique fort incommodes, soient aussi fortes que celles qui précèdent l'accouchement. Enfin il peut arriver que le fœtus, à raison de sa mobilité, offre successivement différentes parties à l'orifice de l'utérus. Des accoucheurs conseillent alors de rompre la poche des eaux aussitôt que la tête vient à se présenter, pourvu que le travail soit bien établi, n'importe la dilatation de l'orifice. Leur but, en faisant écouler les eaux, est de fixer irrévocablement la tête, d'éviter la version de l'enfant, et de substituer un accouchement naturel à un accouchement forcé et laborieux. Mais qui peut répondre alors que, le travail devenant plus long et plus douloureux, la mère sera à l'abri du danger? Qui peut surtout promettre la vie de l'enfant, que la présence d'un liquide salutaire ne protége plus contre les efforts redoublés de la matrice?

Après avoir exposé les diverses circonstances où il convient de percer la poche des eaux, soit pour accélérer, soit pour retarder le travail de l'accouchement, passons à la manière de procéder à cette ouverture. Quoique ce soit là une des opérations les plus simples et les plus faciles, elle exige néanmoins quelques précautions. En général, le moment le plus favorable pour rompre la poche des eaux, est celui d'une forte douleur. On y enfonce alors le doigt indicateur, et on réussit ordinairement à la première ou à la seconde tentative.

Si les membranes sont d'un tissu trop serré, et que le doigt ne suffise pas pour les diviser, on se sert d'un instrument aigu, tel que la pointe des ciseaux, d'un bistouri ou d'une aiguille à tricoter. Le dé pointu, dont Stein conseille d'armer le doigt, serait encore convenable dans le même cas.

La poche des eaux est-elle molle ou peu rénitente pendant la douleur, on attend qu'elle soit assez avancée vers la vulve pour la déchirer, en la pincant du bout de deux doigts. Le même procédé convient lorsque les membranes restent appliquées sur la tête du fœtus, et qu'elles ne forment point de poche.

Mais, soit qu'on ouvre les membranes avec un instrument aigu, soit qu'on les pince pour les déchirer, il serait dangereux de confondre avec la poche des eaux la tumeur qui se forme assez souvent au cuir chevelu, et qui s'engage dans l'orifice utérin. Pour éviter une semblable méprise, il suffit d'observer que les membranes, toujours lisses et tendues pendant la douleur, glissent sur la

tête de l'enfant dès que le calme revient. Au contraire, la tumeur formée par les tégumens du crâne se ride ou se fronce quelquefois, et le doigt la trouve toujours garnie de cheveux plus ou moins distincts. Il ne serait pas moins dangereux de percer ou de pincer, au lieu des membranes, la matrice entraînée par la tête du fœtus dans l'excavation du bassin; mais alors l'absence du bourrelet que forme l'orifice de ce viscère sert à établir le diagnostic. Avec un peu d'attention, on distinguera aussi la poche des eaux d'avec une hydrocèle de l'enfant, lorsqu'il présente le siége, ou d'avec une tumeur formée par les parois de l'abdomen, lorsqu'il est hydropique.

ARTICLE IV.

Des soins qu'il convient de donner à la femme après la rupture des membranes et pendant le dernier temps du travail.

Que l'accoucheur s'empresse de toucher la femme aussitôt que les eaux se sont écoulées; qu'il reconnaisse exactement la partie du fœtus qui se présente et la direction qu'elle prend. Si c'est la tête, il ne doit pas oublier qu'elle doit être située diagonalement, que ses positions occipito-antérieures sont les plus favorables, et surtout qu'elle doit exécuter trois mouvemens pour traverser le bassin. Il saisira donc le moment où elle conserve encore quelque mobilité, pour lui donner du doigt ou de la main la situation, la position et la marche les plus conformes au mécanisme de l'accouchement naturel. C'est alors le cas de ramener l'occiput vers l'une des cavités cotyloïdes, lorsqu'il s'en est écarté; de réduire la troisième position à la seconde, et la quatrième à la première; de favoriser le mouvement de flexion en avant au détroit supérieur, celui de pivot dans l'excavation, et celui de flexion en arrière au détroit inférieur. Pour peu que l'on tarde après l'ouverture de la poche des eaux, on donne à la matrice le temps de revenir sur elle-même, et dès-lors toute tentative devient inutile pour corriger ce qu'il y a de défectueux dans la situation et dans la direction du fœtus. Lorsque tout est bien disposé pour la terminaison de l'accouchement, on laisse agir la nature; on excite même la femme à faire bien valoir les douleurs, à moins qu'elle ne soit sujette au crachement de sang, à une hernie, ou à une chute de matrice: accidens qu'il est toujours nécessaire de prévenir. Ainsi l'on exerce une compression plus ou moins forte sur les ouvertures naturelles qui peuvent donner issue à l'intestin ou à l'épiploon; et si la hernie existe déjà, on tâche de la réduire, ou d'empêcher au moins qu'elle ne devienne plus volumineuse. De même, lorsque la tête ou les épaules du fœtus menacent d'entraîner la matrice, on soutient le col de ce viscère au moyen de quelques doigts qu'on applique sur le bord de son orifice pendant la douleur.

Si la matrice est trop inclinée en avant ou sur les côtés, on la redresse, et on tâche de donner au fœtus une direction parallèle à l'axe du bassin. La femme éprouve-t-elle des crampes aux cuisses ou aux jambes, on conseille quelques frictions sèches sur ces par-

ties ; mais ce moyen, plus illusoire qu'efficace, n'agit point sur la cause du mal, laquelle tient à la compression des nerfs du bassin par la tête du fœtus. On soulagerait donc plus promptement la femme, si l'on pouvait accélérer sa délivrance.

Il est rare que le travail ne soit pas accompagné de douleurs de reins, sans qu'on puisse trop pénétrer la cause de ce phénomène. Faut-il l'attribuer à une compression des nerfs ou à une accumulation de sang vers les lombes, déterminée par les efforts de la femme? ou bien ces douleurs ne sont-elles produites que par l'action des muscles situés à la partie postérieure du tronc, qui se contractent avec plus ou moins de violence, pour maintenir le bassin dans sa rectitude naturelle? Ce que l'on sait de plus positif là-dessus, et ce que l'expérience atteste journellement, c'est qu'une serviette roulée selon sa longueur et placée sous les lombes, est quelquefois le seul moyen de soulager de telles souffrances. Peut-être cette espèce de ceinture agit-elle à la manière des gaînes aponévrotiques, dont l'usage est de contenir et de rapprocher les fibres musculaires, pour mieux en concentrer l'action. Qu'on n'imagine pas toutefois qu'en soulevant et appuyant ainsi les reins, on va augmenter la convexité de la colonne lombaire, donner lieu à l'obliquité antérieure de la matrice, et rendre l'accouchement plus difficile. Cette objection, plus captieuse que solide, mérite à peine d'être réfutée, et doit s'évanouir devant les nombreux et salutaires résultats de la pratique.

Vers la fin du travail, lorsque la tête est complètement dans l'excavation du bassin, on observe ordinairement que les douleurs des reins s'apaisent d'elles-mêmes, et que la serviette devient inutile sous les lombes; mais ne pourrait-on pas l'appliquer alors avec beaucoup d'avantage sous le siége, surtout lorsque les femmes couchées à plat ont les fesses trop enfoncées dans les matelas, ou que, déjà épuisées par la longueur du travail, elles manquent de force pour les soulever.

Une précaution bien essentielle, c'est de soutenir fortement le périnée avec la main, lorsqu'il est distendu par la tête qui traverse la vulve ; on obtient alors deux grands avantages, celui de prévenir la déchirure de cette partie, dont on n'obtient jamais la réunion complète, et celui de favoriser la flexion postérieure de la tête, en faisant remonter l'occiput vers le mont de Vénus.

Dès que la tête est complètement dégagée, on la soutient d'une main, en laissant tourner le visage vers l'une ou l'autre cuisse, suivant la position, et on porte l'autre vers la commissure postérieure et le périnée, pour en empêcher encore la déchirure lorsque les épaules se dégagent. Enfin, à mesure que le reste du tronc sort, on le soulève légèrement vers le pubis, conformément au mécanisme de l'accouchement naturel.

La tête éprouve-t-elle de la difficulté pour franchir la vulve ; on insinue l'index d'une main sous l'une des mâchoires jusqu'au menton, et on achève de la dégager. De même, lorsque les épaules tardent trop à sortir, on tâche d'abord de les diriger, l'une vers le

pubis, et l'autre vers le sacrum, ce qui suffit ordinairement pour lever la difficulté. Mais si elle persistait encore, on tâcherait d'introduire sous l'aisselle qui est en arrière, le doigt indicateur d'une main, un lacs, ou l'extrémité crochue d'une des branches du forceps français. Ce sont là, sans contredit, les moyens les plus propres à favoriser l'expulsion du tronc, lorsque les épaules y mettent obstacle à cause de leur situation ou de leur volume; et il s'en faut bien que les efforts dirigés sur les aisselles, soient aussi dangereux que ceux qu'on ferait en tirant sur la tête et le col de l'enfant.

ARTICLE V.

De la situation de la femme pendant le travail de l'Accouchement naturel.

Rien de plus incommode pour une femme que d'être toujours clouée sur un lit ou sur une chaise, pendant qu'elle accouche. C'est bien alors, comme on le dit trivialement, qu'elle est sur un lit de misère ou de douleurs, et qu'elle double inutilement ses souffrances.

En général, la femme ne doit éprouver aucune gêne durant l'accouchement; et sa situation, loin d'être toujours la même, doit varier selon l'époque du travail et les accidens qui le compliquent, quelquefois aussi selon l'usage du pays où l'on se trouve.

Certaines femmes ne renonceraient qu'avec peine à des coutumes qui leur ont été transmises par leurs mères, ou qu'elles ont déjà adoptées dans des accouchemens antérieurs; le plus court parti est donc de s'y conformer alors, pourvu toutefois qu'il n'en puisse résulter aucun inconvénient. Ainsi, que la femme veuille accoucher agenouillée sur un carreau, assise sur les genoux d'une personne qui la soutient, ou sur un fauteuil, debout ou couchée sur le bord d'un lit; cela importe fort peu, quand on sait prendre les précautions nécessaires pour prévenir la chute du fœtus, le tiraillement du cordon ombilical, et le décollement trop brusque du placenta. Mais dans le cas où l'accoucheur sera libre de donner à la femme la position la plus favorable pour sa délivrance, il ne doit pas balancer de la faire coucher sur le petit lit qui est usité en France. Elle y sera, sans contredit, beaucoup plus commodément que dans les postures indiquées ci-dessus, et même que dans les différentes espèces de chaises inventées par des accoucheurs étrangers.

Avant la rupture de la poche des eaux, la femme est libre de choisir la position qui lui paraît la plus commode; rien ne la presse alors de se coucher, à moins qu'elle ne soit menacée de quelque accident, comme d'une hémorrhagie, d'une chute de matrice, ou à moins qu'il n'y ait une trop grande obliquité, soit antérieure, soit latérale, de ce viscère. Dans ce dernier cas, la position opposée à la déviation serait la plus propre pour rétablir le parallélisme de la matrice avec l'axe du bassin, et pour favoriser l'accouchement.

Ce n'est donc qu'après l'écoulement des eaux, et lorsque des

douleurs fortes et fréquentes font espérer une prompte délivrance qu'on doit placer la femme sur le lit. Mais on a toujours soin de le construire de bonne heure pour n'être pas pris au dépourvu. Une couchette de deux pieds et demi à trois pieds de largeur, qu'on garnit de sa paillasse, est ordinairement destinée à cet usage. Si l'on ne peut se la procurer, on prendra un lit de sangle, sur lequel on place un matelas ployé en double, dont l'extrémité qui est en dessus descend un peu plus bas que l'autre. Des draps et des couvertures en complètent la garniture; des oreillers sont nécessaires pour soulever la tête; quelquefois néanmoins une chaise renversée sous le matelas et appuyée contre un mur, remplit bien mieux cette indication; enfin, un coussin de paille ou de crin, placé sous les lombes de la femme, sert à les appuyer, et les empêche de s'enfoncer. Quant à la traverse qu'on a coutume d'attacher à l'extrémité du lit, elle peut servir d'arc-boutant aux pieds de la femme, et favoriser ses efforts, lorsqu'il ne se rencontre personne auprès d'elle pour lui fournir les points d'appui nécessaires. Tous ces secours, tous ces avantages se trouvent réunis dans le lit inventé ou perfectionné par M. Rouget; lit dont on a pu voir le modèle à l'hospice de perfectionnement, où il a été déposé près d'une année.

ARTICLE VI.

Des moyens propres à ranimer le travail languissant de l'Enfantement.

Une infinité de causes peuvent ralentir, suspendre même quelque temps les douleurs de l'enfantement. Qui sait même si la volonté n'exerce pas une sorte d'empire sur la sensibilité de l'utérus, et ne la modifie pas à son gré? Des femmes, après avoir soigneusement caché leur grossesse aux yeux les plus clairvoyans, sont encore parvenues, lorsque le travail se déclarait inopinément, à le retarder assez long-temps pour accoucher d'une manière clandestine. Qui ignore aussi que, dans nos amphithéâtres, les indigentes, par une sorte de pudeur mal entendue, mangent quelquefois leurs douleurs, comme on le dit vulgairement, et accouchent à l'insu des élèves?

On ne saurait donc approuver la conduite routinière de quelques matrones et même de quelques accoucheurs, qui prescrivent indistinctement les âcres et les irritans, pour ranimer les douleurs languissantes de l'enfantement. Ne doit-on pas toujours avoir égard à l'indication qui se présente, et qui varie suivant les circonstances, soit individuelles, soit hygiéniques où se trouve la femme?

Qu'elle soit, par exemple, robuste et vigoureuse, on se gardera bien de lui administrer des toniques ou des excitans, qui ne sont utiles qu'aux tempéramens excessivement lymphatiques, dont la fibre est molle, lâche et engourdie. La saignée et le régime délayant, voilà ce qui convient dans le premier cas; et dans le second, on donnera, au contraire, avec beaucoup d'avantage, quelques cuillerées de bon vin, même d'eau-de-vie avec la cannelle et le sucre, ou de toute autre potion spiritueuse et cordiale.

La femme est-elle nerveuse, sujette à l'hystérie; a-t-elle éprouvé quelque vive affection de l'ame, ou craint-elle quelque accident fâcheux; qu'on tâche d'abord de calmer le moral, en la consolant, et en lui inspirant beaucoup de confiance; les bains, les antispasmodiques, tels que le laudanum liquide de Sydenham, le sirop diacode, l'eau de fleurs d'oranger, l'éther ou la liqueur anodine d'Hoffmann, dans quelques onces d'infusion de tilleul, sont les moyens les plus propres pour dissiper le spasme général qui ralentit les douleurs, ou les empêche de suivre une marche régulière.

Quelquefois c'est un long et pénible travail qui consume et épuise les forces; la matrice excédée tombe dans l'inertie, et les douleurs se ralentissent, ou deviennent insensibles; le repos est donc nécessaire alors pour les réveiller. Une potion calmante avec le sirop diacode et l'eau de cannelle; quelques cuillerées de bon consommé ou de vin généreux, procurent, pour l'ordinaire, un doux sommeil, restaurent la femme, et lui donnent de nouvelles forces. Ces moyens, employés à propos, sont certainement plus efficaces que l'application de la chaleur au moyen de vessies pleines d'eau chaude, promenées sur le ventre, ou que celle de linges chauds appliqués aux parties génitales et aux reins, ou même que celle du bain très-chaud.

S'agit-il d'une femme indigente, que la misère a exténuée, ou qui avait à peine le simple nécessaire pendant sa grossesse? Il faut la fortifier quelque temps avant l'accouchement, ou lui procurer de bons alimens dès le commencement du travail. Sans cette précaution, il est à craindre que les douleurs ne viennent à traîner en longueur, ou ne soient insuffisantes pour expulser le fœtus.

Lorsque les eaux de l'amnios s'écoulent prématurément, et comme goutte à goutte, le temps et la patience sont la seule ressource de l'accoucheur et de la femme. On doit nécessairement attendre que la matrice revienne de son état d'inertie, sans néanmoins négliger les autres obstacles qui peuvent s'opposer à l'accouchement.

Si le col de la matrice est dans un état de roideur ou d'inflammation, il faut avoir recours à la saignée, aux bains et aux fumigations émollientes. Se forme-t-il une nouvelle poche, on la déchire; et si la tête s'applique trop exactement sur l'orifice utérin, on la soulève du doigt, pour faciliter l'écoulement des eaux.

Il est donc bien clair que les mêmes moyens ne conviennent pas dans tous les cas pour ranimer les douleurs de l'enfantement; et si les purgatifs ou les lavemens âcres, les vomitifs ou les sternutatoires, et la promenade ont eu quelquefois du succès, ce n'a jamais été que dans des circonstances particulières, d'où il serait très-dangereux de tirer une induction générale.

Quelle confiance peut-on avoir encore dans le coït qui, suivant Aristote, rend la délivrance plus facile chez les femmes qui en usent avant d'accoucher? Que peut-on penser enfin des accoucheurs qui se vantent d'accélérer le travail, en titillant fortement l'orifice de la matrice avec le doigt? N'est-ce pas là un moyen des plus irri-

tans, qui peut enflammer le col utérin, et y déterminer des lésions plus ou moins graves?

Nous croyons inutile de nous appesantir ici sur certaines substances minérales ou animales que le préjugé et la superstition avaient accréditées dans des siècles d'ignorance pour ranimer les douleurs de l'enfantement. De ce nombre étaient la pierre d'aigle attachée aux cuisses et aux jambes, l'aimant placé dans la main droite, le corail, l'éméraude et le jaspe suspendus au cou, des pennes d'aigle sous les pieds, le safran appliqué aux hanches, la peau de serpent ou de lièvre chaude sur le ventre, l'axonge de serpent et le fiel d'anguille en onction sur le nombril.

Parlerons-nous du borax qui était employé autrefois, dont l'usage a été renouvelé à plusieurs époques, et qui vient d'être recommandé encore par le professeur Lobstein de Strasbourg? La prudence exige d'attendre que des essais réitérés aient fixé la valeur d'un tel moyen.

Il n'en est pas de même aujourd'hui du seigle ergoté dont on s'est beaucoup occupé depuis quelques années sous le rapport des accouchemens. Le docteur Villeneuve, un de nos aussi estimables que modestes confrères, vient de publier un mémoire très-bien fait sur cette substance, dans lequel il a prouvé historiquement que sur sept cent vingt fois, elle a été administrée six cents fois avec succès dans le cas d'accouchement. Or, quel autre agent thérapeutique pourrait compter plus, ou même autant de chances en sa faveur? Rien ne saurait donc en empêcher l'emploi ou au moins l'essai. On peut consulter le mémoire que nous venons de citer pour en connaître les préparations, les doses et les modes d'administration[1]. On y trouvera aussi les conditions nécessaires pour en faire usage; elles sont les mêmes que celles que l'on exige tant de la mère que de l'enfant pour l'accouchement naturel. D'où il résulte que le seigle ergoté est un remède excitant dont on ne doit user que pour ranimer les douleurs languissantes ou suspendues du travail, lorsque la matrice, à cause de son inertie, ne peut achever d'expulser le fœtus.

CHAPITRE IV.

De la conduite de l'Accoucheur à l'égard de l'enfant qui vient de naître.

Telle est la condition de l'homme, qu'il ne peut venir au monde ou commencer à vivre, sans éprouver le besoin, et sans réclamer quelques secours. Il serait donc très-imprudent de l'abandonner à lui-même, dans cet état de faiblesse et de nudité, même après un accouchement naturel. A la vérité, il est pour l'ordinaire exempt de maladie; mais son corps exige les plus grands ménagemens. Le premier soin de l'accoucheur doit être alors de placer le nou-

[1] Voyez aussi l'*Hygie*, Journal de médecine, tome 1er 1826, pag. 301 et 311; tome 2 page 40, et tome 1er 1827, page 59.



veau-né en travers, et sur un de ses côtés, entre les cuisses de la mère, en sorte qu'il ait le dos tourné contre la vulve et le plus près possible de cette ouverture. Cette situation prévient le tiraillement du cordon ombilical, qui ne pourrait avoir lieu sans danger, et empêche que les matières qui sortent de la matrice ne tombent dans la bouche du fœtus, ou ne s'opposent à l'introduction de l'air dans ses poumons.

Cependant on se gardera bien de laisser croupir l'enfant dans l'ordure qui s'est épanchée sur le lit de travail, et d'où il ne s'exhale qu'un air humide et malsain. Attendre, suivant le conseil de quelques accoucheurs, qu'il ait été réchauffé par la mère, c'est l'exposer à l'infection et au méphitisme le plus dangereux. On le retirera donc promptement de dessous les couvertures, après avoir coupé le cordon ombilical, et on préparera ensuite tout ce qui sera nécessaire pour le nettoyer et pour l'emmaillotter.

ARTICLE PREMIER.

De la section et de la ligature du Cordon ombilical.

Que d'opinions et de préceptes sur la section du cordon ombilical! Attendez, disent quelques physiologistes avec Hippocrate, que la respiration soit bien établie, et que l'enfant ait poussé quelques cris, avant de le séparer de sa mère. Mais avec cette expectation, ne risque-t-on pas de précipiter au tombeau les enfans pléthoriques ou menacés d'apoplexie, et ceux qui, frappés d'asphyxie, ne peuvent crier ni donner aucun signe de vie en venant au monde? Gardez-vous, disent d'autres, de pratiquer l'omphalotomie, tant que vous sentirez les pulsations du cordon, et surtout ayez bien soin de graisser l'instrument dont vous vous servez, de crainte que la rouille imperceptible qui le recouvre, ne cause des convulsions ou le tétanos. Vaines alarmes, ridicules précautions, dont l'inutilité saute aux yeux, et qui ne sauraient mériter d'être sérieusement réfutées. Lorsque le cordon ombilical est entortillé autour du col du fœtus, qu'il est tiraillé, ou qu'il comprime les jugulaires, et détermine la congestion cérébrale, n'est-on pas obligé d'en faire la section, quoiqu'il batte encore, et sans attendre que l'enfant crie, même aussitôt que sa tête est sortie, et avant qu'il ait achevé de naître?

Mais, dira-t-on, avant de couper le cordon ombilical, ne serait-il pas nécessaire d'y faire deux ligatures, l'une pour la portion qui tient à l'enfant, et l'autre pour l'extrémité qui reste attachée au placenta? Cette pratique, dont l'origine remonte jusqu'aux temps les plus reculés, est absolument inutile et quelquefois dangereuse, au moins quand il n'y a qu'un enfant dans la matrice. D'abord, pourquoi lier la partie du cordon qui sort de la vulve, puisqu'on n'a point à craindre qu'elle donne passage au sang de la mère, lorsque la matrice est revenue sur elle-même et qu'elle a décollé le placenta? Supposé même que l'hémorrhagie eût lieu, que gagnerait-on par cette ligature? Ne serait-il pas beaucoup plus ra-

tionnel de solliciter les contractions utérines, et de combattre l'état d'inertie qui est alors la véritable cause du mal? D'ailleurs, en liant cette partie du cordon, on empêcherait le placenta de se dégorger, et on en retarderait l'expulsion.

Quant à la ligature du cordon qui tient au fœtus, la raison physiologique et l'expérience s'accordent à en prouver non-seulement l'inutilité, lorsque la respiration est bien établie, mais encore le danger, lorque l'enfant est gorgé de sang et menacé d'apoplexie. S'il est donc essentiel alors de couper le cordon ombilical aussitôt que l'enfant est né, rien ne presse d'en faire la ligature. On pourrait même absolument s'en dispenser dans la suite, si l'on n'avait à craindre qu'un maillot trop serré ou des cris aigus ne vinssent à suspendre la respiration, et à faire jaillir le sang par les extrémités des artères ombilicales. Il est vrai qu'on se trouve alors, pour ainsi dire, entre deux écueils. Car, négliger la ligature du cordon, c'est exposer l'enfant à périr d'hémorrhagie, et la pratiquer, c'est l'exposer à l'apoplexie, supposé que la respiration devienne laborieuse. Quel parti faut-il donc prendre? Celui de surveiller l'enfant après la ligature, et d'écarter tout ce qui pourrait le gêner ou l'incommoder. Le sang se porte-t-il à la tête malgré cette précaution, le visage devient-il livide et gonflé, enfin l'apoplexie est-elle à craindre; on délie le cordon et on sauve l'enfant, en laissant couler le sang dont la congestion menaçait déjà le cerveau. Cet accident, quelque redoutable qu'il soit, laisse néanmoins plus de ressources que l'hémorrhagie, qui tue souvent l'enfant avant qu'on ait seulement pu la soupçonner.

Faut-il, avant de lier le cordon ombilical, en exprimer exactement le reste du sang et des mucosités, où les Arabes, et depuis eux l'abbé de Byzance et Claude Sarton, plaçaient le germe de la petite vérole, de l'ictère, de la croûte laiteuse, des convulsions, et de quelques autres maladies qui attaquent les enfans? Doit-on, au contraire, refouler le sang vers l'ombilic, de crainte d'enlever au fœtus un principe de force et de vigueur, comme Aristote l'enseignait aux matrones grecques? Enfin, le membre viril est-il d'autant plus long chez les garçons, et la matrice d'autant plus profonde chez les filles, que la ligature du cordon est plus loin de l'abdomen chez les uns et plus près chez les autres? Ce sont là des questions qu'on ne peut discuter, sans compromettre l'honneur de la physiologie moderne. Elles paraissent si oiseuses et si frivoles au premier coup d'œil, que le vulgaire, même le plus ignorant, les rejette avec dédain. Au reste, quel que soit l'empire du préjugé à cet égard, l'usage a prévalu de faire cette ligature à deux pouces ou environ de l'ombilic. On assemble pour cela quelques brins de fil, on en fait ensuite sur le cordon un, deux ou trois circulaires, dont le premier est assujéti par un nœud simple, et le dernier par un nœud double. On serre assez pour résister à l'impulsion du sang, et jamais trop, de crainte de couper les vaisseaux. Peu à peu le cordon se flétrit, se dessèche, et tombe au bout de quatre ou cinq jours; mais cette chute n'a jamais lieu



qu'à l'endroit où la peau du fœtus se termine, n'importe où la ligature a été placée.

Lorsque le cordon est infiltré, le tissu cellulaire dont il est enveloppé venant à s'affaisser, la ligature se relâche, et l'enfant est encore exposé à l'hémorrhagie. Pour prévenir cet accident, on place une seconde ligature à quelques lignes de la première; on pratique même, avant cette opération, quelques légères mouchetures sur le cordon pour le dégorger.

Quelquefois une anse d'intestin s'échappe à travers l'anneau, et se glisse le long du cordon ombilical, ce qui le rend plus volumineux qu'à l'ordinaire. Ce cas-là mérite toute l'attention de l'accoucheur. On doit prendre garde de donner la mort à l'enfant, en comprenant soit dans la section, soit dans la ligature du cordon, cette espèce de hernie congéniale : méprise qui n'est pas sans exemple.

ARTICLE II.

De la manière de nettoyer et de laver l'Enfant.

L'enfant qui vient de naître est ordinairement sale et dégoûtant; son corps est inondé de sang, et souvent couvert d'un enduit gras, plus ou moins terne, qui le rend glissant et assez difficile à saisir. Cette substance, légèrement savonneuse et insoluble dans l'eau, que certains physiologistes attribuent à une sécrétion cutanée, n'est suivant les chimistes modernes qu'une dégénérescence de l'albumine déposée sur le corps du fœtus; elle est très-abondante aux aines, entre les cuisses, aux aisselles, au cou, derrière les oreilles, enfin partout où les organes semblent exposés à l'adhérence et à l'agglutination.

Qu'un des premiers soins de l'accoucheur soit donc de faire enlever cette espèce de crasse onctueuse qui bouche les pores de la peau, et s'oppose à la transpiration insensible. En vain quelques auteurs scrupuleux ou peu versés dans la pratique, s'écrieront-ils que cette détersion est contraire au vœu de la nature, et qu'en exposant le nouveau-né à l'impression de l'air, elle donne lieu aux coliques ou aux convulsions; en vain certaines femmes, toujours esclaves du préjugé, défendront-elles de dégarnir la tête de cette espèce de croûte qu'elles nomment dans la suite *casque* des enfans, et qu'on croit propre à fortifier la fontanelle. Si ce raisonnement était aussi solide qu'il est mal fondé, que deviendraient ceux dont la nature n'a pas eu soin de garantir ainsi le corps ou le cuir chevelu? car il en est un assez grand nombre qui viennent au monde sans être encroûtés d'albumine, et qui néanmoins jouissent d'une aussi bonne santé que les autres.

Le meilleur moyen de nettoyer l'enfant, est de le plonger dans de l'eau tiède, qu'on rend légèrement savonneuse et détersive, en y ajoutant un peu d'huile ou de beurre. On détrempe ainsi la matière grasse dont son corps est recouvert, et on la fait tomber ensuite avec facilité, en y promenant seulement l'éponge d'une main légère et délicate. En outre, le bain tiède, imitant presque

l'eau de l'amnios, entretient quelque temps une douce chaleur autour du corps de l'enfant, et l'habitue ainsi, par degrés, à la température ordinaire de l'air. L'addition de quelques gouttes de vin, ou même d'eau-de-vie, peut aussi faire du bain un tonique excellent, qui fortifie et ranime le nouveau-né, lorsqu'il est faible ou languissant. Qu'on se garde bien néanmoins de le baigner dans de l'eau-de-vie pure, ou dans un vin trop spiritueux. Ces liquides irritans enflammeraient la peau, qui est encore tendre, et détermineraient peut-être des convulsions, même l'apoplexie et la mort.

Quant à l'usage du bain froid, qu'un très-éloquent philosophe a voulu introduire parmi nous, il est trop dangereux et trop contraire à l'hygiène de l'enfant pour être généralement adopté comme un moyen de le fortifier. Qui ne frémirait en voyant plonger des êtres encore frêles et délicats dans de l'eau hérissée de glaçons? Comment leur organisation, à peine ébauchée, pourrait-elle supporter un aussi prompt changement de température, sans en être crispée ou engourdie? On alléguera sans doute l'exemple des Scythes, des Germains, des Bretons, des Russes, et de quelques autres peuples du Nord. Mais, sans examiner ici quelle est l'influence des climats sur la constitution et les mœurs des habitans, ne pourrait-on pas douter, avec plusieurs physiciens, si la coutume de tremper les enfans dans de l'eau froide, ne fut pas toujours plus nuisible que favorable à la population des contrées septentrionales? D'ailleurs, qui ne connaît les tristes avantages qu'ont retirés du bain froid plusieurs pères de famille, malheureusement trop crédules et trop aveugles partisans de cette nouvelle et séduisante doctrine?

ARTICLE III.

De la manière d'habiller et d'emmaillotter l'enfant.

L'homme, dit un ancien naturaliste, est le seul animal que la nature jette nu sur la terre au moment de sa naissance, et le seul qui ait besoin de vêtemens, pour se mettre à l'abri des injures de l'air. Il faut donc nécessairement habiller l'enfant, et couvrir sa nudité dès qu'il est hors du sein de sa mère. Mais ici, que de précautions à prendre, que d'écarts à éviter! Quelle main sera assez habile pour tenir un juste milieu entre le vêtement trop lâche et le maillot trop serré? Cependant l'un, en laissant renouveler continuellement l'air sur le corps de l'enfant, le refroidirait au lieu de le réchauffer; et l'autre, en garrottant ses frêles organes, en gênerait le mouvement et la vie.

Que l'accoucheur ne dédaigne donc pas de mettre ici la main à l'œuvre, ou de présider au moins à l'habillement du nouveau-né; il ne saurait y avoir rien de minutieux ou d'indifférent à cet égard; qu'il éloigne avec soin tout ce qui pourrait être contraire aux principes de l'hygiène ou à l'éducation physique de l'enfant. Un simple béguin et un bonnet suffisent pour garantir la tête. Si l'on craint que cette coiffure ne se dérange et que l'enfant ne s'enrhume, on peut l'assujétir au moyen d'un petit mouchoir plié en triangle et

médiocrement serré. Cette espèce de bandage serait bien préférable à la bride transversale, qui pourrait écorcher le menton et comprimer les glandes salivaires, à moins qu'elle n'en fût écartée par une bandelette fixée au-devant de la poitrine. La têtière ou bande attachée de chaque côté au maillot vers les épaules est absolument inutile, pour tenir la tête droite pendant les premiers jours. Qu'on bannisse surtout les épingles de la toilette de l'enfant; elles peuvent, en piquant la peau ou en traversant la fontanelle, donner lieu à des cris continuels, aux convulsions et à la mort, comme cela est arrivé à des enfans dont parlent de Haën et Undervood.

Le cou ne doit être garni que d'un fichu. La poitrine et les bras seront revêtus d'une petite chemise et d'une camisole ou de brassières qu'on croisera derrière le dos. On appliquera sur le ventre un bandage légèrement compressif qui contiendra le bout du cordon jusqu'à sa chute, et qui raffermira l'anneau ombilical, encore trop faible pour s'opposer à la hernie.

Trois compresses, dont deux larges de deux ou trois pouces en carré, et l'autre assez longue pour faire le tour du corps, rempliront cette double indication. L'une des deux premières, échancrée au milieu et fendue à l'un de ses bords, recevra le cordon qu'on renversera sur le bord opposé et vers le côté gauche, pour ne pas comprimer le foie de l'enfant qui est à droite. La seconde s'appliquera par-dessus, et la troisième assujétira le tout par un circulaire, qu'on fixera au moyen de quelques points de couture ou de deux petits rubans. Cela fait, on enveloppera le reste du tronc, depuis les aisselles jusqu'aux pieds, d'une couche de toile et d'une pièce de futaine ou de laine, dont on relevera l'excédant au-devant des jambes, et qu'on assujétira avec quelques bandelettes.

Le grand art de vêtir l'enfant qui vient de naître, est de tenir ses langes médiocrement serrés. Ils entretiennent ainsi une douce chaleur autour de son corps, sans en gêner les mouvemens. On peut même en tirer parti pour contenir, appuyer ou redresser les membres, lorsqu'ils sont faibles ou difformes. Mais, dans aucun cas, ils ne doivent devenir des liens ou des entraves, pour comprimer ou torturer le nouveau-né.

Qui ne connaît aujourd'hui l'abus et l'inconvénient de l'ancien maillot, contre lequel les philosophes et les physiciens ont tant déclamé pendant près d'un siècle? Autrefois les nourrices ne se contentaient pas de serrer fortement les enveloppes de l'enfant, et de les assujétir avec des épingles; elles croyaient encore que, pour le soutenir et le fortifier, il fallait le garrotter avec une forte et longue bande de toile, depuis les pieds jusqu'aux épaules; les bras mêmes n'étaient affranchis de cette torture qu'au bout de six semaines, mais pendant le jour seulement : coutume barbare et meurtrière, que l'ignorance avait inventée, et que le préjugé accréditait de jour en jour! Emprisonné dans un maillot, l'enfant était roide et immobile pendant plusieurs heures de suite; quoique naturellement vif et ennemi du repos, il était condamné à garder constamment la même position, quelque gênante qu'elle fût. Aussi

la poitrine et le bas-ventre étaient rétrécis, les viscères comprimés et quelquefois chassés de leur enceinte ; la respiration, la circulation, la digestion et les sécrétions n'étaient plus libres, ni régulières ; l'ossification était dérangée, ou restait incomplète ; les chairs encore molles et pour ainsi dire gélatineuses, étaient aplaties, et comme froissées sous les contours du funeste garrot ; les muscles paralysés ou sans action n'acquéraient ni force, ni vigueur ; les membres et le corps étaient contraints de prendre la direction et la tournure qu'on leur imprimait. En un mot, la nature n'était plus comptée pour rien, et l'art le plus absurde comme le plus nuisible, avait prévalu pour dégrader le physique de l'homme.

Qu'arrivait-il ? l'enfant était presque étouffé dès sa naissance par ses vêtemens ; joint à cela que le berceau, qui ne devait être qu'un lieu de repos, devenait encore pour lui une autre cruelle prison, un affreux tombeau, où il était jeté pieds et mains liés, et retenu par quelques tours de lisière ou de sangle. Aussi l'infortuné dépérissait-il au lieu de croître, ou ne traînait plus qu'une vie douloureuse, triste et languissante. Cet état habituel de gêne et d'angoisse plus ou moins voisin de l'apoplexie, se manifestait toujours par le gonflement et la couleur violette du visage, par des cris plaintifs, par un sommeil interrompu ou laborieux, souvent par des convulsions, quelquefois par des coups de sang ou par d'autres maladies qui immolaient l'innocente victime, lorsqu'on la faisait long-temps gémir dans son étroite captivité. Parmi ceux qui avaient le bonheur de survivre à ce genre de supplice, on en voyait dont les membres étaient difformes ou mal contournés, et dont le tronc était mal affermi dans la station. Tantôt c'était la colonne vertébrale qui, trop brusquement redressée, ne pouvait prendre les courbures ou inflexions nécessaires pour balancer le centre de gravité ; tantôt les différentes parties du corps, ne conservant plus leur symétrie ou proportion naturelle, lui donnaient un air grotesque et ridicule. Dès-lors il n'y avait plus d'élégance dans les formes, plus de noblesse ou de majesté dans le port, plus de grâce dans le maintien, plus de fermeté dans la démarche. Que devenaient les enfans disposés à la nouure ou au rachitis, au carreau, aux scrophules et à d'autres maladies, dont l'abus du maillot devait nécessairement seconder et multiplier les ravages ? Quand on réfléchit sur les effets des langes et des bandes qui entouraient autrefois l'homme naissant, faut-il s'étonner qu'on trouvât dans la société tant d'individus estropiés ou bizarrement contrefaits ?

ARTICLE IV.

De l'Éducation physique et morale de l'enfant.

L'enfant qui vient de naître est naturellement si frêle et si délicat, qu'il semble chanceler pendant quelques jours entre la vie et la mort. En butte à tous les dangers, il a continuellement besoin de secours de toute espèce ; et le Pline français n'a pas dit sans raison, que le roi de l'univers, dans cet état de misère et de douleur, était plus faible qu'aucun des animaux.

C'est donc au médecin-accoucheur de diriger, pour ainsi dire, les premiers pas de l'homme dans la carrière de la vie, et de surveiller les premiers élémens de son éducation physique et morale. Car, sans expérience et sans raison, comment serait-il capable, à cet âge, de discerner ce qui lui est favorable ou nuisible dans les objets qui l'environnent ou qui le touchent, et dans les substances qui lui servent d'alimens? comment pourrait-il régler l'usage de ses organes et de ses sens?

Que l'enfant, aussitôt qu'il est nettoyé et habillé, soit mis dans un appartement spacieux et bien exposé. L'air qu'il respire doit être pur et d'une température modérée; celui qui croupit dans des alcoves trop enfoncées, ou dans des endroit bas, ne tarderait pas à l'incommoder. Il en serait de même de celui qui serait trop froid ou trop chaud, trop sec ou trop humide; qu'on le tienne surtout à l'abri des vicissitudes trop brusques de l'atmosphère, ou qu'on l'y habitue par degrés, de crainte qu'il ne s'enrhume. L'air imprégné de miasmes, de contagions ou de vapeurs fétides, ne peut être que malsain et délétère pour des poumons qui commencent à respirer. Voilà, sans doute, pourquoi la mort enlève un si grand nombre d'enfans dans les hôpitaux où la misère les entasse, et pourquoi ceux qu'on couche trop long-temps près de leur mère, ou de vieux parens, deviennent chétifs ou valétudinaires. On ne conçoit guère en effet comment le nouveau-né peut retirer quelque avantage dans cette espèce de contact ou d'incubation, à moins qu'il ne soit d'une faiblesse extrême; et dans ce cas-là même, l'hygiène ne fournirait-elle pas des moyens plus sûrs et plus prompts de le réchauffer et de le fortifier?

La lumière est nécessaire à l'enfant; il semble même la rechercher comme par instinct. Mais il serait dangereux de l'exposer trop promptement à l'impression de ce fluide, qui est un des principaux excitans de l'économie animale. Ses yeux encore tendres et délicats en seraient fatigués, éblouis, peut-être même blessés pour toujours. Qu'on le fasse passer insensiblement de l'obscurité à une douce clarté, afin de l'accoutumer à supporter tout l'éclat du grand jour. On doit surtout le placer en face de la lumière et des objets qui l'amusent, de crainte qu'il ne louche ou qu'il ne regarde de travers. Loin de lui encore les sons trop bruyans ou trop discordans; son oreille en serait choquée ou dérangée, et son repos troublé ou interrompu.

Que la nourrice ait soin de tenir l'enfant dans la plus grande propreté, et pour cela qu'elle le change de vêtemens lorsqu'il en aura besoin; qu'on lui nettoie même chaque fois les fesses et les environs avec de l'eau tiède, pour en prévenir l'excoriation. Les langes seront toujours proportionnés à la saison; et dans aucun cas, ils ne pourront être assez serrés pour gêner le mouvement du tronc ou des membres. Que la couche de toile, appliquée immédiatement sur la peau, ne soit jamais trop froide, trop humide, ni trop rude. Le berceau où l'enfant repose doit être garni d'un petit matelas de crin, de paille d'avoine ou de fougère. On en

bannira la plume, le duvet ou la laine, dont la chaleur serait incommode, et dont la mollesse pourrait favoriser la mauvaise attitude du corps. On y placera d'abord l'enfant sur l'un ou l'autre côté, la tête et les épaules un peu élevées, pour l'aider à rejeter la salive ou les glaires dont sa poitrine est plus ou moins embarrassée, et on l'y assujétira au moyen de quelques croisés de bandes ou de rubans. On peut recouvrir ce petit lit, pour modérer l'impression de la lumière ou du froid, mais le rideau en sera toujours un peu entr'ouvert, et assez élevé, pour permettre le renouvellement de l'air.

Il ne suffit pas à l'enfant de respirer après sa naissance, il faut encore, pour continuer de vivre, qu'il prenne de la nourriture. L'exemple des animaux qui tètent leur mère en venant de naître, indique assez clairement le vœu de la nature à cet égard. Quelle erreur ou quel préjugé de condamner le nouveau-né à un jeûne plus ou moins sévère, lorsque tout annonce qu'il se porte bien, et de ne lui accorder qu'un peu d'eau sucrée, lorsqu'à force de cris il réclame quelque chose de plus nourrissant! Que la mère lui offre donc promptement le sein dont il paraît avide, et qu'elle continue encore de le nourrir de son propre lait, jusqu'à ce qu'il puisse digérer des alimens plus forts. C'est là un devoir naturel et sacré, sans lequel la femme ne peut être complètement mère, et dont rien ne peut la dispenser qu'une maladie grave, certaines bienséances, ou quelque vice moral. Le lait maternel est l'aliment qui convient à l'enfant sous tous les rapports. Naturellement séreuses, les premières gouttes de cette liqueur, auxquelles on donne le nom de *colostrum,* titillent son intestin, détrempent ou délaient le méconium, et en favorisent l'excrétion. Elle devient ensuite plus abondante et plus substantielle de jour en jour, à mesure que le nourrisson grandit et se fortifie; elle pourrait même suffire pendant long-temps à ses besoins.

Cependant il y aurait des inconvéniens à ne donner à l'enfant que le sein de la mère. Il pourrait bien en imposer alors par la fraîcheur et l'éclat de sa peau; mais il aurait plus de bouffissure que de graisse; et quelque beau qu'il fût, son corps ne présenterait point cette fermeté, ni cette consistance qui caractérisent l'embonpoint et le coloris de la santé; ce ne serait, comme on le dit vulgairement, qu'une chair de lait. Outre cela, l'enfant, ne suçant que le mamelon, risquerait de dépérir, si l'on était obligé de le sevrer sur-le-champ, à cause de quelque maladie de la mère. C'est donc une très-bonne précaution de l'accoutumer de bonne heure à quelque nourriture un peu plus solide que le lait. Passé les cinq ou six premiers mois, pourquoi ne lui donnerait-on pas quelques cuillerées d'une panade, d'une bouillie ou d'une crême de pain bien faites. Il est vrai qu'on a beaucoup déclamé, dans les derniers temps, contre ces sortes d'alimens; mais l'expérience a démontré que ces reproches étaient mal fondés ou exagérés. Le premier se prépare en faisant bouillir de la croûte de pain, et en y ajoutant, à mesure qu'elle se gonfle, du bouillon fait avec quelques onces de veau et

de bœuf; on l'aromatise ensuite avec un peu d'eau de fleurs d'oranger, et on l'édulcore avec du sucre. Pour corriger ou diminuer la viscosité de la bouillie, on a soin de faire sécher au four la farine de froment ou la fécule de pomme de terre, avant de les détremper dans le lait. On a vu élever encore de très-beaux enfans, quoiqu'ils n'eussent pris que de la semoule avec cette liqueur. Enfin on prépare la crême de pain, en faisant d'abord tremper dans l'eau du pain séché au four ; puis on le fait bouillir, en le remuant de temps en temps, et en y versant de l'eau chaude, à mesure qu'il s'épaissit sur le feu ; on y ajoute une pincée d'anis avec un peu de sucre, et on passe le tout à travers un tamis de crin.

Lorsque de puissans motifs empêchent la mère de nourrir le fruit qu'elle vient de mettre au jour, il faut nécessairement qu'elle le confie à une nourrice étrangère. Mais comment trouvera-t-elle une autre soi-même, c'est-à-dire une femme qui ait le même âge, le même tempérament, la même santé, et dont le lait soit parfaitement analogue au sien et aux besoins de l'enfant? Comment trouvera-t-elle dans une mercenaire la probité, la douceur, la complaisance, la sensibilité, l'attachement, l'affection, la tendresse; en un mot, toutes les qualités d'une véritable mère? Ces réflexions seraient vraiment affligeantes, et bien capables de porter la désolation dans l'âme des parens, si l'expérience n'avait démontré que toutes les nourrices ne sont pas des marâtres. Heureusement le plus grand nombre, moyennant un prix modique, se dévouent avec une générosité qui étonne pour le salut de leurs nourrissons; la plupart même, il faut le dire à leur louange, sont préférables aux mères qu'elles remplacent. La saine et robuste villageoise, qui est uniquement occupée de son ménage, ne vaut-elle pas beaucoup mieux, par exemple, sous le rapport de l'allaitement, que l'opulente citadine, dont la plus grande occupation est souvent de satisfaire ses goûts et ses caprices? Convenons que la fureur du jeu, des bals et des spectacles, ainsi que mille autres vices ou passions, qui tourmentent la femme au sein des grandes villes, sont peu propres à former une bonne nourrice, et peu compatibles avec les soins et la vigilance qu'exige le premier âge. Aussi n'est-ce guère plus que dans les campagnes qu'on trouve encore cette salubrité de l'air, et cette douce tranquillité de l'âme, qui contribuent si bien à la bonté du lait ; et sans cette ressource, que deviendraient les villes elles-mêmes? Comment viendrait-on à bout de repeupler ces grandes familles, que tant de genres de destruction et de mort viennent assaillir? C'est donc dans la paisible chaumière du laboureur, dans cet asile où l'innocence s'est reléguée, et où les bonnes mœurs règnent encore, qu'il faut transplanter quelque temps l'enfant après sa naissance, lorsque la mère veut se dispenser de le nourrir, ou qu'elle est forcée de renoncer à cette noble fonction à cause de quelque maladie, telle que la stérilité du sein, la phthisie, le rachitis, les dartres, le scorbut, les écrouelles, la pierre, la gravelle, la goutte, et autres affections qui peuvent influer sur les propriétés du lait.

Mais dans le choix d'une nourrice, que d'écueils à éviter ! Il faut avoir égard à son âge, à sa constitution ou à son tempérament, à sa santé, à son caractère et à ses mœurs, à son habitation, à sa manière de vivre, à la quantité et à la qualité de son lait. On la prendra depuis vingt jusqu'à trente-cinq ans, d'une bonne constitution et d'un médiocre embonpoint ; qu'elle soit habituellement saine et exempte de toute maladie, sans difformité apparente, plutôt brune que blonde, jamais rousse ; qu'elle ait la bouche garnie de belles dents, les gencives fermes et en bon état, l'haleine douce, les mamelles d'un volume ordinaire, parsemées de veines bleuâtres, l'aréole un peu monticuleuse, le mamelon bien percé et d'une longueur convenable. On doit rejeter celle dont la peau est couverte d'éruptions, dont la transpiration a une odeur forte ; celle qui a des fleurs blanches, des glandes engorgées, etc.

Qu'une nourrice, dit le philosophe de Genève, soit aussi saine de cœur que de corps, c'est-à-dire, qu'elle n'ait ni maladie ni vice moral ; qu'elle soit d'une humeur douce et enjouée. Celle qui serait naturellement emportée ou sujette à se mettre en colère, qui aurait du penchant à la haine, à l'envie ou à la jalousie, qui fréquenterait les cabarets ou les lieux de débauche, serait un véritable fléau pour le nourrisson.

Le séjour qu'elle habite doit être propre, commode et bien aéré. On doit préférer les lieux un peu élevés à ceux qui sont naturellement bas, humides et marécageux. L'exposition de l'est ou du nord est plus saine que celle de l'ouest ou du midi.

Que la nourrice s'observe sur la quantité et la qualité des alimens. Celle qui, naturellement gloutonne, croit avoir plus de lait en surchargeant son estomac, est dans l'erreur ; elle digère mal, et compromet ainsi la vie de l'enfant : une nourriture douce et proportionnée à ses besoins doit suffire. Le règne végétal ou le règne animal, ou plutôt l'un et l'autre en même temps fourniront à sa subsistance. On prétend néanmoins que les végétaux rendent le lait plus sucré ; mais là-dessus il faut moins consulter la théorie et la pratique, que le goût et l'habitude de l'individu. Les assaisonnemens trop relevés, les épiceries, les salaisons, les viandes fumées, le lard rance et le vieux fromage doivent être proscrits. Le vin pur et les liqueurs spiritueuses sont dangereux ; point de café ni de chocolat, si l'on n'y est déjà accoutumé.

La nourrice doit fuir l'oisiveté et la vie trop sédentaire ; un exercice modéré dans l'intérieur de sa maison, et souvent en plein air, lui est utile ; c'est un excellent moyen de favoriser la nutrition et d'améliorer le lait. Qu'elle règle le repos de la nuit entre la veille excessive qui ruine le corps, et le sommeil trop prolongé qui l'engourdit. Les lits trop durs ou trop mous nuiraient également à sa santé : il n'y a qu'un juste milieu qui convienne à cet égard.

La quantité et la qualité du lait varient suivant une foule de circonstances. Il est d'autant plus séreux qu'il est moins ancien ; peu coloré dans le premier mois ; tirant sur le bleu, à six semaines ou un peu plus tard ; d'un blanc mat, doux et sucré à cinq ou six

mois. En général, l'accoucheur ou le médecin exercé présument, avec raison, qu'il est bon et doué de toutes les qualités requises, lorsque le nourrisson qui le suce s'en trouve bien. C'est peut-être là un moyen beaucoup plus sûr de constater la bonté du lait, que d'en faire couler une goutte sur l'ongle ou sur une glace, pour en examiner la consistance, ou de le soumettre à l'ébullition, pour savoir s'il tourne à l'aigre, ou enfin de le recevoir dans la bouche même après l'avoir bien rincée, pour en connaître le goût et l'odeur. Toutefois ce n'est ici qu'une analogie, qui n'est pas toujours infaillible; car, de ce que le lait d'une femme est salutaire à son propre enfant, on en conclurait mal à propos qu'il doit avoir la même propriété pour celui d'une étrangère. On est donc toujours forcé de donner quelque chose au hasard dans le choix d'une nourrice, sauf à la changer ensuite, si elle ne convient pas, et si l'enfant qu'on lui confie vient à dépérir au lieu de profiter.

Il est toujours très-important, quoi qu'en disent certains auteurs, de proportionner l'âge du lait à celui de l'enfant; et lorsqu'on ne rencontre qu'une nourrice déjà mère depuis long-temps, il ne faut au moins jamais manquer de lui faire prendre quelques délayans, pour rendre son lait plus séreux et plus analogue à la faiblesse de l'estomac qui doit le digérer. Malgré cette précaution, le sein n'étant plus épuisé chaque jour comme à l'ordinaire, il en résulte une sorte de superfluité ou de redondance, que le vulgaire attribue au renouvellement du lait par le nourrisson : préjugé grossier, dont la fausseté saute aux yeux du physiologiste le moins éclairé.

Qu'on se garde bien aussi de suivre les rigoureux préceptes des anciens, qui interdisaient le plaisir de l'amour à la femme qui nourrit. Cette privation, trop long-temps prolongée, finirait par exciter le besoin de la nature, que la femme ne pourrait réprimer sans se faire violence, et dont le cri serait peut-être plus puissant que celui de la raison. De là pourraient résulter des accès de tristesse et de mélancolie, qui produiraient l'altération et la suppression du lait, inconvénient d'autant plus à craindre, que la femme serait plus jeune, plus lascive et plus habituée aux jouissances vénériennes. Il suffit donc de lui recommander la modération à cet égard, qu'elle sache aussi mettre un intervalle raisonnable entre le devoir conjugal et l'allaitement.

Mais la nourrice, dira-t-on, en cohabitant avec son mari, peut devenir enceinte. Qu'importe? pourvu que son lait ne perde ni de sa quantité ni de sa consistance, et que le nourrisson continue de profiter. L'exemple des animaux qui portent et nourrissent en même temps, et celui de plusieurs femmes qui ont continué de donner le sein jusqu'au terme de l'enfantement, prouvent, d'une manière incontestable, que l'état de grossesse n'est pas aussi incompatible avec l'allaitement qu'on pourrait l'imaginer. Il en est de même de l'écoulement des règles; on l'a vu rarement nuire à la santé de la nourrice, et altérer la qualité de son lait, lorsqu'elle était robuste. Ce n'est que lorsqu'elle est naturellement faible et délicate, que cette évacuation périodique, jointe à celle du lait,

pourrait l'épuiser plus vite, et tourner au préjudice de l'enfant; mais, dans ce cas, il est prudent qu'elle s'abstienne de nourrir. Si l'enfant ne refuse le sein que pendant la période menstruelle, qu'il profite d'ailleurs dans l'intervalle, on suspend alors l'allaitement, et on y supplée par quelque aliment artificiel. On le suspend aussi durant la plupart des maladies aiguës, à moins qu'elles ne soient très-légères et incapables d'altérer le lait, comme la fièvre éphémère des nouvelles accouchées, la petite-vérole bénigne, ou l'intermission d'une fièvre tierce.

D'après les règles que nous venons de tracer sur le choix d'une nourrice, on sentira facilement l'erreur que commettent la plupart des personnes riches et opulentes qui, sous prétexte de mieux élever leurs enfans, font venir les nourrices de la campagne à la ville, où elles leur procurent toutes les commodités de la vie. Parens aveugles! à qui une tendresse mal entendue fait méconnaître leurs véritables intérets! Séquestrée de son ménage, et arrachée pour ainsi dire à ses habitudes, comment la femme des champs s'accoutumera-t-elle à son nouveau domicile? Elle s'y trouve déplacée, l'ennui vient l'y surprendre, elle y languit; tant il est vrai que l'abondance, sans le contentement de l'ame, ne procure jamais de santé ni de bonheur parfaits! Bientôt son lait se détériore, et l'enfant qui le suce dépérit ou ne profite point. En vain invoquerait-on alors le secours de la médecine; en vain changerait-on de nourrice, l'état de l'enfant ne deviendrait pas meilleur. Il n'y a qu'un remède, c'est de les renvoyer l'un et l'autre à la campagne; ils y seront à peine, qu'ils se ressentiront de la douce influence de l'air qu'on y respire.

Lorsque la mère ne peut plus allaiter son enfant, ou que la nourrice à qui elle l'a confié tombe malade, et qu'on ne peut la remplacer sur-le-champ, il faut recourir à l'allaitement artificiel ou au lait des animaux. A ne consulter que l'analyse chimique, celui d'ânesse ou de jument est préférable à tout autre, parce qu'il a le plus d'analogie avec celui de femme; mais l'usage a prévalu, et on n'emploie guère que le lait de vache ou de chèvre. Quel que soit celui des deux derniers auquel on donne la préférence, il serait à désirer que l'enfant pût le prendre lui-même au trayon, conformément au vœu de la nature; mais cela n'est guère praticable qu'avec la chèvre, qu'on dresse assez facilement, et qu'on accoutume à reconnaître le nourrisson qui la tète. Le lait de cet animal serait donc généralement adopté, s'il n'avait l'inconvénient de donner trop de vivacité, et de causer de l'insomnie à l'enfant. Il ne convient qu'à celui qui naît de parens scrophuleux, ou dont la lymphe est dans une sorte de stagnation et manque d'activité. Le lait de vache, quoique soupçonné de rendre le nourrisson plus apathique et plus lent, est le plus généralement substitué à celui de la mère ou de la nourrice. On le prend pour cela environ trois semaines après le part, et, pour le rendre meilleur, on soigne la nourriture de l'animal, qu'on envoie paître en plein air, et dans de grasses prairies, où il ne croît que des herbages salutaires.

Naturellement plus caséeux et plus butyreux que le lait de femme, celui de vache ne peut être donné pur à l'enfant qui vient de naître. On doit donc le couper avec un autre liquide, tel qu'une légère décoction d'orge ou de chiendent, l'eau de guimauve ou de capillaire, l'émulsion d'amandes douces, ou mieux encore le petit-lait préparé sans acides. Pour imiter la nature, on diminue chaque jour la proportion de ce délayant, et on augmente la consistance du lait, à mesure que l'enfant grandit, jusqu'à six mois, époque où il peut le prendre sans aucun mélange. C'est vraiment alors que cette liqueur possède toutes ses qualités naturelles, et qu'elle est riche de tous ses principes. En sortant du pis de la vache, elle porte, avec son arome, une douce chaleur qui dispense de la faire chauffer, et l'enfant peut la boire à longs traits, avant que le repos ou le contact de l'air aient encore pu la décomposer, ou la disposer à l'acescence.

La cuiller ou le biberon, tels sont les instrumens les plus propres à l'allaitement artificiel. Le premier cause moins de flatuosités, moins de tranchées et de devoiemens séreux; le second est plus commode et plus expéditif, quand il s'agit de nourrir beaucoup d'enfans, comme dans les hôpitaux. Une éponge fine, allongée en forme de mamelon et recouverte d'une légère gaze, remplit e goulot de la petite bouteille, et y est assujétie au moyen d'un fil, de crainte que l'enfant ne l'attire et ne l'avale en suçant. Ce petit appareil est lavé chaque fois, pour en ôter le reste du lait qui pourrait s'y aigrir.

C'est une chose très-difficile que de régler l'enfant dans les premiers jours de l'allaitement, soit naturel, soit artificiel; comme il prend peu de nourriture à la fois, le besoin se renouvelle presque aussitôt, ou très-fréquemment. Qu'on se garde néanmoins de le faire téter à toute heure; car, outre que cette méthode épuiserait la mère ou la nourrice, elle ne ferait que gorger le nouveau-né sans lui être utile. Le grand point est de lui donner ce qu'il faut, ou ce qu'il peut digérer; et là-dessus, l'intelligente sollicitude d'une mère vaut mieux que tous les préceptes de l'art; avec un peu de patience et d'adresse, elle l'habituera à ne prendre le mamelon que lorsqu'il sentira de l'appétit. Que l'enfant tète quatre ou cinq fois le jour, et une ou deux fois la nuit, c'est assez. Avec cette économie, la nourrice trouve le temps de prendre le repos nécessaire; son lait est mieux élaboré, et l'enfant en tire plus de profit. Qu'elle attende toujours plusieurs heures après le repas, avant de donner le sein, à moins qu'elle n'ait pris quelque substance médicamenteuse, dont l'effet doit se transmettre au nourrisson. Si elle a long-temps supporté la faim ou la fatigue, elle prendra quelque liquide, avant de donner à téter; mais elle refusera toujours le mamelon à l'enfant, après une vive émotion de l'âme, telle que la colère, ou la peur, etc., de crainte de lui causer des convulsions.

L'allaitement doit durer plus ou moins de temps, selon que l'enfant est plus faible ou plus robuste. En géneral, la mère ou la

nourrice ne doit cesser de lui donner le sein que lorsqu'il peut se passer de lait, et digérer des alimens plus solides : c'est ordinairement après l'éruption de ses vingt premières dents. L'époque du sevrage est donc indéterminée, puisqu'elle ne peut être la même pour tous les individus. Le terme de huit mois qu'on assigne pour les enfans les plus robustes, ou celui d'un an pour les plus faibles, ne sont rien moins qu'indiqués par la nature. On en a vu jouir de la meilleure santé, quoiqu'ils n'eussent tété que six mois ; d'autres, au contraire, ont été allaités jusqu'à vingt et même trente mois, sans en éprouver la moindre incommodité. Quelques praticiens prétendent que la lactation prolongée au-delà d'un an produit une gourme plus forte chez les enfans, et les dispose au rachitis ou aux scrophules ; mais combien de faits ne pourrait-on pas alléguer en faveur de l'opinion contraire ? Le parti le plus sûr est de toujours sevrer le plus tard possible.

Le sevrage trop brusque serait également nuisible à la nourrice et à l'enfant ; on doit donc y procéder par degrés et d'une manière insensible. On diminue progressivement la lactation, jusqu'à ce que l'enfant ne tète plus qu'une fois par jour. Ensuite, on ne lui donne le sein que tous les deux ou tous les trois jours, jusqu'à ce qu'on le lui ait fait oublier entièrement. Mais on a soin d'augmenter en même temps et dans la même proportion, les alimens qui doivent suppléer au défaut de lait, en sorte que le nouveau-né prenne toujours la même quantité de nourriture.

Tout ce que l'enfant consomme durant l'allaitement ne tourne point à son profit ; il n'y a que la partie chyleuse qui soit absorbée et destinée à réparer ses pertes, ou à favoriser son accroissement. Le reste, devenu inutile, est rejeté sous le nom d'excrémens ou de résidu de la digestion. Il faut donc que les différentes voies de l'excrétion en général soient libres chez le nouveau-né, sans quoi tout ce qu'il y a d'impur et d'impropre à la nutrition dans son corps, ne pourrait en être éliminé, et sa santé ne tarderait pas d'en éprouver quelque dérangement. Qu'on entretienne donc la liberté des selles et des urines chez l'enfant qui est encore à la mamelle. C'est une précaution indispensable, surtout pendant la crise de la dentition, qui est plus ou moins orageuse. Il conviendrait même de l'accoutumer de bonne heure à une certaine règle, pour remplir cette fonction ; c'est pour cela que Locke conseille de le présenter au bassin plusieurs jours de suite à l'heure du lever, qui est la plus commode, parce qu'on est alors plus libre dans la société.

Si le méconium coule difficilement chez le nouveau-né, on en favorise l'issue, en lui donnant quelques cuillerées d'eau sucrée ou miellée, ou bien un peu d'huile d'amandes douces avec le sirop de chicorée. Ces légers évacuans conviennent encore, lorsque les enfans éprouvent des coliques, à la suite d'une constipation plus ou moins opiniâtre ; mais l'abus des médicamens est un écueil fort dangereux pour ces êtres encore faibles et chancelans.

Une des excrétions les plus nécessaires pour la santé de l'enfant, est la transpiration insensible, dont l'émonctoire existe à la surface

de tout le corps. Comme elle suppose toujours la propreté et la perméabilité de la peau, on n'aura pas de peine à concevoir l'utilité des lotions, des bains et des frictions, pour en ouvrir les pores.

Qu'on lave de temps en temps l'enfant, de la tête aux pieds, avec une éponge trempée dans l'eau tiède, à laquelle on ajoutera un peu de vin ou d'infusion aromatique. Ce procédé, outre qu'il décrasse et fortifie l'organe cutané, prévient la vermine, dont la plupart des enfans sont rongés, ainsi que les différentes espèces de tumeurs au cou, de croûtes à la tête, et d'éruptions au visage, qu'on connaît sous le nom de *gourme*. Le cuir chevelu, détergé par le lavage, se couvre aussi peu à peu de son enveloppe naturelle, et les ciseaux ou le rasoir ne sont presque jamais nécessaires pour la dépouiller de ce bel ornement.

Locke et Floyer, en Angleterre, et après eux, Rousseau, en France, ont conseillé l'usage des bains froids, pour fortifier les enfans. Mais, plus philosophes que médecins, et plus philanthropes qu'observateurs, faut-il s'étonner qu'ils aient tant exagéré un moyen dont il n'appartient qu'à l'expérience de constater la propriété, ou les avantages et les inconvéniens? Le froid, en général, est l'ennemi de l'enfant qui vient de naître; il nuirait surtout à celui qui serait naturellement faible, à moins qu'il ne conservât assez de ton ou de force réactive, pour en supporter l'impression. Dans le cas contraire, on aurait à redouter l'engourdissement et la contraction des membres, même l'apoplexie et la mort. Ce n'est donc que le bain tiède qu'il faut employer, mais avec discrétion, comme un moyen d'entretenir la propreté des enfans. D'ailleurs, l'instinct de l'individu doit servir de règle là-dessus; et si quelque circonstance exigeait l'usage du bain froid, il ne faudrait jamais y plonger l'enfant brusquement, mais après lui en avoir fait contracter l'habitude par degrés. On nous citera peut-être les anciens Gaulois, nos ancêtres, dont les femmes, dit-on, aussitôt qu'elles étaient accouchées, allaient elles-mêmes baigner leurs enfans dans les rivières ou les fleuves qui étaient à leur portée; mais de tels exemples ne sont point imitables de nos jours. Le temps des Ségovèzes et des Bellovèzes n'est plus, et très-certainement ce serait un mauvais moyen de favoriser la propagation d'un peuple civilisé, que de vouloir le rappeler aux mœurs grossières, dures et même barbares de quelques hordes sauvages qui ne vivaient que dans les bois.

Voulez-vous apprécier l'effet des frictions sur l'enfant; promenez légèrement votre main sur son dos quand on le déshabille; vous le voyez alors s'étendre, s'allonger, même sourire, comme pour vous témoigner le bien-aise qu'il éprouve, et pour vous engager à continuer. Ce genre de mouvement communiqué est capable de suppléer à l'exercice, et en a tous les avantages; il réveille la sensibilité de la peau, favorise la transpiration insensible, et rétablit l'équilibre dans toute l'économie animale. La main seule, le linge, la flanelle froide ou chaude, ou imprégnée de vapeurs

aromatiques, la brosse et le peigne, tels sont les instrumens propres à appliquer les frictions. Elles doivent être partielles ou générales, plus ou moins fréquentes, et plus ou moins prolongées, suivant la force et la constitution de l'individu. On doit les administrer le matin, dans un appartement où règne une douce température; elles sont les plus avantageuses dans les saisons pluvieuses et dans les climats naturellement humides.

On aurait tort d'exiger beaucoup d'exercice de l'enfant qui vient de naître. A peine a-t-il quitté le mamelon, qu'il s'endort et se repose; le sommeil lui est d'autant plus salutaire, qu'il est plus prolongé, et rien ne contribue autant à l'assimilation des sucs qu'il digère. Qu'on se garde donc de le réveiller lorsqu'il goûte ce bienfait de la nature, et qu'on le couche peu de temps après qu'il a tété. L'enfant qui se porte bien, et que rien ne gêne ou n'incommode, a bientôt fermé la paupière; il suffit pour cela de le placer dans un lieu un peu obscur et éloigné du bruit; quelquefois même le sommeil le prend entre les bras de la nourrice, ou lorsqu'il a encore ses lèvres collées à la mamelle. On n'a donc besoin pour l'endormir, ni de lui chanter des airs monotones, ni d'agiter son berceau. Cette dernière pratique est néanmoins d'un usage presque universel, et des médecins la croient même très-propre à développer l'enfant, parce qu'elle l'expose à la percussion de l'air; mais dans le fait elle a trop d'inconvéniens pour être approuvée. D'abord, l'enfant contracte tellement l'habitude d'être bercé, qu'il ne peut plus s'endormir autrement. Bientôt même on est obligé de lui imprimer des secousses si violentes, qu'il peut en résulter des vomissemens ou des convulsions. Enfin, le sommeil qu'on lui procure alors n'est qu'un état de stupeur, voisin de l'apoplexie.

A mesure que l'enfant croît et se développe, ses rapports avec les objets extérieurs se multiplient, et il a moins besoin de sommeil. Que la nourrice le tienne donc plus long-temps levé qu'à l'ordinaire; qu'elle l'accoutume même par degrés à ce qui peut troubler son repos, sans néanmoins le réveiller trop brusquement ou en sursaut, de crainte de l'effrayer et de lui causer des convulsions. Un exercice modéré et proportionné à ses forces, contribue aussi à le rendre plus vigoureux. Qu'on lui communique d'abord du mouvement en le tenant sur les bras, ou en faisant rouler son berceau; qu'on le laisse ensuite, de temps en temps, s'agiter tout nu, sur son petit lit ou sur une espèce de natte, principalement dans les saisons chaudes; les petits efforts qu'il fait alors pour se soulever ou se redresser, ne contribuent pas peu à le fortifier. D'abord, il rampe, il se traîne, il culbute; puis il recommence et retombe encore. Cependant ses reins deviennent plus forts, ses pieds et ses jambes se raffermissent, enfin, il se lève et chancelle; mais bientôt il s'accroche au premier objet qui se présente, et s'aventure à faire quelques pas. Le voilà lancé; il ne demande plus qu'à courir et à folâtrer. Le mouvement et l'agitation sont pour lui un besoin naturel.

Mais que cet apprentissage est long! que d'essais, que de faux pas, que de chutes, que de contusions, que de larmes! Pour éviter tous ces accidens, on a soin d'entourer la tête d'un bourrelet plus saillant que le nez. Quelquefois la nourrice dirige elle-même les premiers pas de l'enfant, en le tenant à la lisière ou en le mettant dans une espèce de chariot. Mais ces instrumens sont en général beaucoup plus nuisibles qu'utiles, et ne valent jamais la main de la nature. La lisière gêne l'estomac, comprime la poitrine qu'elle jette en arrière, soulève les épaules et fait pencher la tête en devant. Le chariot, à cause de sa dureté, contond les parties qu'il touche, ne soutient l'enfant que par les bras, et abandonne le corps entier à son propre poids. De là des conformations plus ou moins vicieuses, telles que la tête enfoncée, le cou raccourci, les épaules élevées, etc.

L'enfant qui vient de naître ne paraît sensible qu'à la douleur; il pleure, il crie, parce qu'il souffre ou qu'il sent le besoin; mais il n'a encore aucune idée des objets extérieurs; il est sans désirs et sans passions; il n'obéit qu'à l'instinct; en un mot, sa vie intellectuelle ou morale est entièrement nulle. Ce n'est que vers le quarantième jour qu'il commence de s'établir une espèce de correspondance entre lui et ce qui l'environne. Jusque-là, ses sens externes, pour ainsi dire muets et assoupis, n'ont pu exercer qu'une bien faible action; mais alors ils s'éveillent, et deviennent autant d'instrumens propres à la sensation et à la génération des idées. Bientôt le sens intime s'établit, l'entendement s'organise, et la volonté se prononce; la raison paraît un peu plus tard.

Qu'on commence donc l'éducation morale de l'homme lorsqu'il est encore au berceau, et qu'on profite de sa flexibilité naturelle, pour lui former l'esprit et le cœur. La première enfance est l'âge de l'imitation; on suce, pour ainsi dire, avec le lait les bonnes comme les mauvaises impressions; et les habitudes qu'on contracte alors, sont d'autant plus difficiles à détruire dans la suite, qu'elles ont poussé de plus profondes racines. Ce qui est naturel ne se réforme guère, et on a raison de dire que si l'homme a des qualités ou des vices, c'est sa nourrice qui doit en être louée ou blâmée la première, parce qu'elle fut son premier instituteur.

L'éducation des sens est le premier objet dont on doit s'occuper; car sans eux point d'idées, point de jugement, point d'intellect, point d'homme, en un mot. Comme la vue, l'ouïe et le tact sont ceux qui transmettent le plus d'impressions à l'âme, et que d'ailleurs ils se développent plus vite que les autres, il est de la dernière importance d'en bien diriger ou perfectionner l'usage. Que l'impression reçue soit toujours conforme à l'objet qui l'a produite; voilà le point essentiel, pour acquérir des connaissances exactes. Mais l'enfant, en venant au monde, ne peut jouir encore de ce privilége, qui est le fruit de l'exercice et de l'habitude. Que d'erreurs ne commet-il pas avant de distinguer l'apparence d'avec la réalité! Tout ce qu'il voit, tout ce qu'il entend lui semble appliqué contre sa pupille ou contre son tympan. Dans cette illusion, il tend na-

turellement la main pour saisir tout ce qu'il aperçoit, et la longueur de son bras est la première mesure qu'il emploie pour juger de l'éloignement des corps. Cependant le tact se développe peu à peu, et vient au secours de la vue et de l'ouïe, qu'il rectifie. L'enfant marche, et commence à se transporter vers les objets qu'il n'avait pu que contempler jusqu'alors; il les touche, et apprend à connaître ainsi leur distance, leur forme, leur température, leur dimension et leur solidité.

Que la nourrice s'applique donc de bonne heure à prémunir l'enfant contre l'erreur ou l'illusion des sens externes. Qu'elle lui apprenne surtout à se méfier d'une première impression, et à ne juger des objets qu'après les avoir bien considérés; c'est le moyen de le rendre moins présomptueux à l'avenir et moins sujet au préjugé. L'enfant qui, naturellement trop mobile ou trop nerveux, prend facilement l'alarme et s'épouvante pour la moindre chose, exige encore de plus grandes précautions. On doit l'habituer insensiblement à supporter la présence de tous les objets qui pourraient le frapper trop vivement. Que la nourrice s'en approche d'abord seule, et qu'elle les touche pour lui inspirer de la confiance. L'enfant demandera bientôt à les voir de près; il les touchera, et finira par ne plus rien craindre. C'est ainsi qu'on l'empêche d'être ombrageux ou accessible à la peur. Qu'on évite de le laisser seul dans une trop profonde obscurité, de crainte qu'il n'y soit saisi d'effroi; il faut aussi lui inspirer une juste méfiance pour tout ce qui pourrait lui être nuisible, tel que le feu, l'eau, les précipices, certains animaux, etc.

Le raisonnement ne peut avoir de prise sur l'esprit de l'enfant à la mamelle; il n'y a que l'exemple qui l'entraîne. Aussi, dès qu'il commence à balbutier, répète-t-il comme un perroquet tout ce qu'il entend; il imite et contrefait tout ce qu'il voit. Qu'on se garde donc bien alors de tenir des discours peu honnêtes en présence de cet être innocent; il en coûterait peut-être à l'avenir pour les lui faire oublier. Les parens qui, pour se divertir, apprennent des traits de malice à leurs enfans, ceux qui font semblant de dire des injures, de maltraiter des animaux ou de gourmander des domestiques devant eux, leur donnent le plus mauvais exemple. A coup sûr ils en feront des lutins et des espiègles, dont ils auront plus d'une fois à souffrir; heureux encore, s'ils n'en font pas de petits tyrans ou des despotes dont ils seront les premiers esclaves!

Tout ce que l'enfant voit pique sa curiosité; mais ce serait le gâter, que de lui accorder tout ce qu'il demande. On doit lui refuser tout ce qui peut lui être nuisible. S'il insiste, on sera sourd à ses importunités; on ne cherchera pas même à le dédommager, en lui accordant quelque autre chose. Manquer de fermeté dans ces occasions, c'est lui rendre un mauvais service. S'il obtient tout ce qu'il demande, bientôt il voudra ce qu'on ne pourra lui accorder. Il commence par être fantasque ou capricieux, et finit par être opiniâtre et altier.

Les sensations sont l'origine des affections de l'âme. L'enfant qui sent distingue bientôt ce qui le flatte et le satisfait, d'avec ce qui le choque ou le blesse. Voyez comme il s'attache à la nourrice dont il sent chaque jour les bienfaits! comme il sourit en la voyant! comme il la caresse de sa main encore délicate! son nom est le premier mot qu'il essaie d'articuler. Il fuit, au contraire, tout ce qui lui déplait, et marque de l'éloignement pour tout ce qui lui paraît incommode. C'est ainsi que commencent l'amour et l'aversion, le plaisir et la peine, la joie et la tristesse, et tous ces mouvemens plus ou moins tumultueux, qui ont tant d'influence sur le physique et le moral de l'homme.

Les passions en général ne sont que des affections de l'âme dépravées ou portées à l'excès; d'où il suit que la retenue et la modération sont les seuls moyens d'en étouffer le germe. L'enfant au berceau n'est qu'une cire molle qu'on façonne comme on veut. C'est alors qu'une mère attentive et adroite peut prévenir la colère à la mine rude et à l'œil hagard, l'orgueil au sourcil relevé, la vengeance au teint blême. la haine au regard farouche, la jalousie à l'œil sombre, oblique et clignotant. Avec de la vigilance, et sans recourir à la sévérité, les parens peuvent fixer le caractère et les inclinations de leurs enfans, pendant qu'ils sont encore souples et faciles à manier; l'arbre plie, dit le proverbe, quand il est jeune, et résiste quand il est vieux. Qu'on profite donc de l'âge tendre, pour donner à l'enfant une physionomie agréable et un noble maintien, pour lui inspirer des manières douces et prévenantes; enfin, pour le rendre gai sans étourderie, vif sans pétulance, ennemi du mensonge et ami de la vérité. Encore quelques années, ou quelques mois, et l'on n'y sera peut-être plus à temps, ou bien il faudra recourir à la violence et à la rigueur, pour corriger des travers que le bon exemple eût prévenus.

CHAPITRE V.

De la Délivrance.

La délivrance, à proprement parler, est cette partie de l'accouchement où la femme se débarrasse de l'arrière-faix. Elle est naturelle ou artificielle, selon que cette masse est expulsée par les seuls efforts de la nature, ou extraite par la main de l'accoucheur.

La première aurait presque toujours lieu, si l'on avait la patience de l'attendre; mais où est la matrone et même l'accoucheur, qui ne cherche pas à faire briller son adresse ou son talent, pour délivrer la femme? On s'empresse toujours d'empiéter sur les droits de la nature, comme si l'on craignait d'avilir ou de compromettre son art, en se bornant au rôle de simple spectateur. Cependant, il n'y a que certaines circonstances, heureusement assez rares, où le ministère de la main soit nécessaire, et qui exigent des secours plus ou moins pressans. Nous aurons soin de les faire connaître,

après avoir traité de la délivrance naturelle, dont il importe de bien étudier le mécanisme, les signes précurseurs, et les moyens d'y coopérer.

ARTICLE PREMIER.

Du mécanisme de la Délivrance naturelle.

Décoller et expulser le placenta, voilà en quoi consiste l'ouvrage de la nature pour opérer la délivrance.

1°. Le décollement du placenta est presque toujours l'effet des contractions utérines qui expulsent le fœtus; car la matrice ne peut se resserrer ou revenir sur elle-même, sans diminuer de capacité, et sans froncer sa surface interne : vérité bien palpable pour quiconque a eu occasion de porter seulement une fois la main dans ce viscère. D'un autre côté, le placenta étant une espèce de corps parasite et inerte, conserve pour ainsi dire la même étendue, ou ne se fronce pas dans le même rapport. D'où il résulte que sa surface externe cesse de correspondre, comme pendant la grossesse, aux différens points de la matrice; de là vient aussi la rupture de ses adhérences; de là enfin sa séparation partielle ou totale. Le décollement du placenta est donc d'autant plus probable après l'expulsion du fœtus, que le travail a été plus long, que les douleurs ont été plus violentes, et que la matrice est plus prompte à revenir sur elle-même.

Toutefois il s'en faut bien que ce corps commence toujours à se décoller par le même point. Tantôt c'est par sa partie centrale; tantôt, au contraire, par son bord le plus éloigné ou le plus voisin de l'orifice utérin; de là divers phénomènes que le doigt d'un accoucheur exercé doit savoir apprécier.

Le centre se décolle-t-il, tandis que les bords conservent leurs adhérences, le sang s'épanche alors comme dans une espèce de cul-de-lampe, et forme un caillot lenticulaire qui augmente le décollement; mais bientôt cette masse tombe, et vient offrir à l'orifice surface fœtale, lisse et vasculeuse.

Il en est de même, lorsque c'est le bord opposé à l'orifice utérin qui se décolle le premier; il forme un bec d'aiguière où le sang s'accumule en forme de coin, jusqu'à ce que cette masse, complètement détachée, vienne présenter encore à l'orifice sa surface interne ou fœtale.

Enfin, lorsque le bord voisin de l'orifice se décolle le premier, il se roule en forme de cylindre ou de cornet d'oublie. Le sang coule plus ou moins abondamment par la vulve avant la délivrance, et le placenta présente sa surface utérine, mollasse et lobuleuse.

2°. L'expulsion du placenta appartient aussi à la contraction de la matrice, secondée de l'action du diaphragme et des muscles abdominaux. Car cette masse spongieuse, une fois décollée, n'est plus qu'un corps étranger qui ne jouit d'aucune vie, et qui, par son séjour, incommoderait inévitablement la femme. Elle stimule donc, et irrite la matrice naturellement portée à se débarrasser de

tout ce qui l'empêche de reprendre son volume ordinaire. Bientôt l'orifice utérin, qui s'était légèrement resserré après l'expulsion du fœtus, s'entr'ouvre de nouveau ; le placenta s'engage ; la femme pousse, comme pour aller à la garde-robe ; elle est délivrée.

Il suit de là que le muscle utérin dont parle Ruisch, est loin d'être le principal agent de la délivrance ; car, outre que ce muscle est purement imaginaire, comment pourrait-il, toujours fixé vers le fond de l'utérus, expulser le placenta dont le lieu d'implantation est si variable.

On sent bien, et il serait presque superflu de faire observer que le placenta passe d'abord de la matrice dans le vagin, en suivant une direction parallèle à l'axe du détroit supérieur, et qu'il franchit ensuite la vulve parallèlement à l'axe du détroit inférieur. Ce principe lumineux fait la base de la délivrance artificielle.

Une remarque non moins importante, c'est que l'expulsion du placenta est d'autant plus prompte, qu'il est moins volumineux, et que la matrice conserve plus de contractilité et moins de capacité après l'expulsion du fœtus. De là des variétés sans nombre chez les différentes femmes, sous le rapport de la délivrance.

SECTION PREMIÈRE.

Des signes qui indiquent la Délivrance naturelle.

La nature ne procède jamais à la délivrance d'une manière incertaine ou obscure ; elle annonce toujours ce nouveau travail par des signes si manifestes et si palpables, que l'accoucheur le moins exercé ne saurait s'y méprendre. Quelque temps après l'expulsion du fœtus, plus tôt ou plus tard, suivant les circonstances, la femme qui commence à goûter le repos et la joie d'être mère, se plaint encore de nouvelles douleurs ; ce sont les contractions de la matrice qui s'efforce d'expulser l'arrière-faix. Ce viscère se roidit, et la main appliquée sur la région hypogastrique, le sent au-dessus du pubis plus ou moins arrondi et plus ou moins dur. Bientôt le bord de l'orifice s'assouplit, et le doigt porté dans le vagin distingue la présence d'un corps mollasse qui commence de s'y engager.

Tels sont les signes précurseurs de la délivrance naturelle ; signes qu'il faut toujours attendre, à moins que des accidens ne commandent d'agir sans délai, et de venir au secours de la nature impuissante ou tardive. Hormis ce cas, quelle nécessité y a-t-il de tourmenter la femme, et de solliciter une délivrance intempestive ou prématurée? L'extraction trop brusque du placenta n'a pas moins d'inconvéniens que celle du fœtus ; elle peut causer l'inertie, le renversement de la matrice, l'hémorrhagie ; l'une et l'autre réussissent toujours mieux quand elles sont l'ouvrage de la nature. L'art ne pourrait agir avec la même douceur ni avec la même modération, et la main la plus habile exerce toujours une violence redoutable. Cette différence a été si bien sentie dans tous les temps, que les Grecs et les Arabes, et après eux les modernes, recommandaient de confier la délivrance à la nature dans tous les cas :

précepte qu'il faudrait toujours observer, sauf quelques exceptions que la pratique enseigne.

SECTION II.

Des moyens de coopérer à la Délivrance naturelle.

Quoique la délivrance puisse s'opérer d'elle-même ou sans le secours de l'art, il est néanmoins incontestable que la femme se débarrasse avec plus de facilité, lorsqu'elle est aidée à propos. L'essentiel est donc de bien seconder la nature, et de ne rien entreprendre qui puisse la contrarier. Nous le répétons, la patience est ici la vertu qu'il faut surtout recommander à l'accoucheur. A moins d'accident, il ne doit jamais anticiper ni se presser, mais attendre que la nature elle-même lui donne le signal.

On favorise d'abord la délivrance, en laissant dégorger le sang renfermé dans les cellules du placenta pour le rendre moins volumineux; on se gardera donc, après l'expulsion du fœtus, de lier la portion du cordon ombilical qui tient à la mère; et si cette ligature a été pratiquée, on l'ôtera sur-le-champ, parce qu'elle est entièrement inutile.

Lorsqu'on soupçonne que le placenta n'a pas été complètement décollé, ou que la matrice un peu molle ne paraît pas s'être assez contractée, on promène légèrement la main sur l'hypogastre de la femme. Ces frictions raniment l'action des muscles abdominaux, réveillent le ton de la matrice, et la déterminent à expulser les substances qu'elle renferme.

Enfin la femme se plaint-elle de nouvelles douleurs; c'est le moment de tirer sur le cordon ombilical, afin d'obtenir une plus facile et plus prompte délivrance; mais que ces tractions ne soient jamais pratiquées à l'aventure et sans précautions. L'impéritie et la prévention peuvent faire ici de grandes fautes; et plus d'une matrone a été obligée de renoncer à son entreprise, pour avoir arraché le cordon ombilical. Toute l'adresse consiste à tirer suivant la direction que la matrice elle-même imprime à l'arrière-faix, c'est-à-dire, suivant l'axe du détroit supérieur, lorsque cette masse descend dans le vagin, et suivant l'axe du détroit inférieur, lorsqu'elle franchit la vulve. Pour remplir cette double indication, entortillez d'abord le cordon autour des doigts d'une main, garnis de linge sec, de crainte qu'il ne glisse; réunissez ensuite deux ou trois doigts de l'autre main, et portez-les derrière le pubis pour repousser le cordon vers le coccix. Par ce simple mécanisme, vous établissez une poulie de renvoi qu'une anse du cordon embrasse; vous tirez, et la portion du cordon qui tient au placenta descend dans une direction convenable. Cette masse est-elle dans le vagin, la poulie de renvoi devient inutile. Il suffit alors de tirer, en relevant le cordon vers le pubis; et dès que le placenta paraît à la vulve, vous le recevez dans la paume d'une main située en travers à la commissure postérieure, tandis que vous le saisissez de l'autre, et le roulez cinq ou six fois sur lui-même, pour tordre les membranes en manière de corde, et pour en extraire jusqu'à la moindre parcelle.

La délivrance opérée, on examine si l'arrière-faix est entier, ou s'il n'en est pas resté quelque portion dans la matrice. Le placenta présente-t-il quelque déchirure ; on va chercher, avec la main, le lambeau qui manque, de crainte qu'il n'occasionne des accidens ; il en est de même, lorsqu'on peut s'assurer de la rétention d'un ou de plusieurs cotylédons dans la matrice. Mais si les membranes seules, ou quelques-unes de leurs parties y sont restées, on doit s'en mettre fort peu en peine, parce qu'elles sont toujours entraînées avec le sang des lochies.

Cette méthode de coopérer à la délivrance est, sans contredit, préférable à celle de quelques anciens, qui, sans prendre le temps de couper le cordon ombilical, tiraient dessus avec violence, pour extraire l'arrière-faix sur-le-champ. Elle a aussi beaucoup moins d'inconvéniens que celle d'Hippocrate, tout ingénieuse qu'elle était. Le père de la médecine se gardait bien de couper le cordon ombilical avant la délivrance. Mais lorsque l'expulsion du placenta était retardée, il faisait asseoir la femme sur un siége élevé, et plaçait l'enfant sur de la laine nouvellement cardée, ou sur une outre pleine d'eau à laquelle il pratiquait une petite ouverture. Le but de cet appareil était de modérer ou de graduer la chute de l'enfant, afin qu'il entraînât le placenta sans violence. Le cordon était-il rompu, on y suspendait un corps de même poids que l'enfant.

Que doit-on penser de certaines autres pratiques imaginées pour coopérer à la délivrance? Doit-on employer, avec quelques médecins, les vomitifs ou les sternutatoires? Faut-il, à l'exemple des matrones, recommander à l'accouchée de souffler dans une de ses mains, en serrant ses narines de l'autre? Toutes les secousses plus ou moins violentes qu'on imprime, soit à l'économie en général, soit à la matrice en particulier, sont absolument inutiles pour décoller le placenta ; et lorsque l'expulsion de cette masse n'est retardée que par l'irritation de la matrice ou par la contraction spasmodique de son col, elles aggravent ces accidens. Nous dirons ici du seigle ergoté ce que nous en avons dit pour l'expulsion du fœtus.

ARTICLE II.

De la Délivrance artificielle.

S'il est vrai que l'art doive toujours imiter la nature en fait d'accouchement, c'est, sans contredit, lorsqu'il s'agit de délivrer la femme après l'expulsion du fœtus. Mais la délivrance artificielle est-elle souvent nécessaire, ou bien cette seconde partie de l'accouchement doit-elle être toujours abandonnée aux soins de la nature? C'est là une question qui a divisé les praticiens, même dès la plus haute antiquité. Dans des temps plus modernes, Ruisch, convaincu, par une expérience de plus de cinquante années, que le séjour de l'arrière-faix, quelque prolongé qu'il fût dans la matrice, ne faisait point périr la femme, prétendait que la délivrance aurait toujours lieu d'elle-même, pourvu qu'on eût la patience de l'attendre. Telle était aussi l'opinion de Mauriceau et de Pasta ; et

il faut convenir que, si elle a quelques inconvéniens dans la pratique, elle présente aussi les plus grands avantages. Car pour quelques femmes auxquelles l'art a été salutaire en les délivrant promptement, on en pourrait citer une foule d'autres à qui il a été dangereux et même nuisible, parce qu'on s'est trop pressé de faire cette opération. Quand faut-il donc accélérer la délivrance, et quand faut-il au contraire la retarder? C'est là précisément le point qu'il importe ici de discuter et d'éclaircir.

SECTION PREMIÈRE.

Des circonstances qui exigent une prompte Délivrance.

Ces circonstances, d'après la plupart des Traités élémentaires, sont l'hémorrhagie, les convulsions et la syncope. Il est certain que, si l'on considère ces accidens en eux-mêmes, ils ne sont guère propres à favoriser la délivrance naturelle, puisqu'ils diminuent les forces de l'économie générale, et ôtent à la matrice l'énergie qui lui est nécessaire pour se débarrasser de l'arrière-faix. Il semblerait donc que l'art devraît alors venir au secours de la nature; mais cette indication est-elle si pressante, qu'elle exige toujours de la promptitude, comme on le dit communément? C'est ce que nous ne pouvons admettre dans tous les cas, ou sans restriction.

D'abord, pour ce qui concerne l'hémorrhagie, on a cru, et presque tous les auteurs croient encore, qu'elle est inséparable de l'inertie utérine; c'est ce qui la fait regarder alors comme purement passive; mais cette opinion nous paraît trop générale, inexacte et exagérée. Nous ne contestons pas que, si la matrice est inerte ou ne se contracte pas après l'expulsion de l'enfant et le décollement du placenta, le sang ne puisse jaillir de la surface interne de ce viscère, où les extrémités des vaisseaux sont encore béantes; il arrive alors ce qu'on observe dans une plaie où les vaisseaux, divisés par l'instrument vulnérant, laissent couler le sang qu'ils ne peuvent plus arrêter. Mais l'hémorrhagie a-t-elle lieu toujours et sans exception dans les cas d'inertie de matrice, comme dans les cas de plaie? non; l'expérience nous a démontré le contraire. Nous avons observé plusieurs fois que la matrice, après l'accouchement, restait plusieurs heures, même plusieurs jours, mollasse, flasque, comme frappée d'inertie ou de paralysie, sans qu'il en sortît une goutte de sang; il n'y avait même pas de lochies. Nous dirons encore plus, c'est que nous n'avons jamais vu l'inertie utérine accompagnée ou suivie d'hémorrhagie. Au contraire, nous pouvons attester que, lorsque cet accident survenait, il tenait toujours à quelque cause d'irritation générale ou locale. Les femmes pléthoriques et sanguines, surtout quand elles sont en même temps très-nerveuses et irritables, y sont plus disposées que les autres. Le plus souvent l'hémorrhagie de la matrice reconnaît pour cause un stimulus fixé sur ce viscère, comme dans les cas où il a été piqué, froissé, ulcéré, même déchiré par d'imprudentes et violentes manœuvres. Elle peut être occasionée aussi par l'excitation des organes digestifs, laquelle se répète sympathiquement sur la

matrice ; cela peut arriver dans les cas où certaines femmes, pour tromper l'ennui que cause la longueur du travail, se noient dans le vin et l'eau-de-vie avec leur garde et leur matrone : ce qui n'est pas sans exemple et ce dont nous avons été une fois témoin. D'ailleurs, peut-on méconnaître des causes d'irritation utérine chez une femme qui a parcouru la carrière de la grossesse et supporté les souffrances ou angoisses de l'enfantement? Concluons donc que l'hémorrhagie ou perte de sang après l'expulsion du fœtus et avant celle de l'arrière-faix est rarement passive et presque toujours active.

Quoi qu'il en soit, le sang peut jaillir hors de la vulve, et alors l'hémorrhagie est externe ou apparente, ou bien s'accumuler dans la cavité de la matrice, et alors la perte est interne, latente ou cachée. Cette dernière est la plus dangereuse et la plus redoutable pour la femme, qui peut quelquefois en être foudroyée en un clin d'œil, et lorsqu'on y pense le moins. Elle n'est jamais plus fréquente qu'à la suite des accouchemens prompts, surtout s'ils sont précédés d'hémorrhagie. L'enfant est expulsé alors par les premières douleurs du travail, et comme emporté par le flot des eaux, avant que la matrice ait eu le temps de revenir sur elle-même. Ce viscère, frappé, pour ainsi dire, de stupeur, reste dans l'état de vacuité, et vomit des flots de sang par les orifices encore béans de ses vaisseaux. D'un autre côté, le placenta presque toujours décollé, n'étant plus soutenu par l'enfant, vient s'appliquer sur le col utérin, en bouche l'orifice, et s'oppose à l'écoulement extérieur du sang. De là cette trompeuse sécurité, qui peut en imposer à l'accoucheur inattentif, et faire périr la femme, avant qu'on ait seulement soupçonné le danger qui la menace. Cette espèce d'hémorrhagie peut encore avoir lieu, si un caillot de sang vient à boucher l'orifice de l'utérus, ou si le col de ce viscère se contracte spasmodiquement, tandis que son corps et son fond encore dilatés servent de réceptacle au sang qui ne peut s'écouler au dehors.

En général l'hémorrhagie latente n'existe point, ou n'est même jamais à craindre, lorsque la main appliquée sur l'hypogastre de la femme, immédiatement après l'expulsion de l'enfant, y trouve un corps d'une forme arrondie qui diminue de volume à mesure qu'il se durcit et se resserre. Si, au contraire, en palpant cette même région de l'abdomen, on y sent un corps mollasse qui se distend et s'accroît avec célérité; si à ce signe viennent se joindre la pâleur du visage, l'obscurcissement ou l'éblouissement de la vue, le tintement des oreilles, le tremblement et l'extinction de la voix, la faiblesse du pouls, la syncope ou la difficulté de remuer les membres, nul doute que la matrice, au lieu de se contracter et de revenir sur elle-même, ne se remplisse de sang comme une outre, et que la femme ne risque de périr d'une hémorrhagie interne, si l'on ne vient promptement à son secours.

C'est ici le cas de porter sur-le-champ le doigt indicateur vers le col de la matrice, et d'examiner la cause qui en bouche l'ouverture ou s'oppose à l'écoulement du sang. S'il s'agit seulement d'une contraction spasmodique, comme elle n'est que partielle, elle n'est

non plus que passagère et momentanée. Quelques titillations vers le col utérin, ou quelques frictions sur l'hypogastre, et surtout le calme ou la confiance qu'on a soin d'inspirer à la femme, suffisent pour la dissiper. Cependant, si elle venait à persévérer, il faudrait sans délai forcer la digue, et ouvrir l'orifice avec le doigt ou la main, plutôt que d'exposer la femme à périr d'une hémorrhagie interne. Ce n'est point alors le cas de tirer promptement sur le cordon ombilical, pour opérer la délivrance, puisque l'obstacle qui arrête le sang s'opposerait encore davantage à l'extraction du placenta. Il est bien plus rationnel d'aviser d'abord à tous les moyens qui peuvent diminuer le spasme du col, et ranimer la contractilité du corps et du fond. Si l'on vient à bout de remplir cette indication, qui est certainement la plus urgente, la femme est sauvée, et on sera bien à temps de la débarrasser de l'arrière-faix, qui n'offre alors qu'une indication secondaire.

L'orifice utérin est-il bouché par un caillot de sang; c'est là l'obstacle qu'il faut ôter sur-le-champ, parce qu'il s'oppose à la déplétion successive de la matrice, où le sang s'épanche et s'accumule, en écarte les parois encore molles, et en empêche la contraction. La première indication n'est donc pas encore ici d'extraire l'arrière-faix; ce qui presse le plus, c'est de réveiller l'action de la matrice, et d'écarter tout ce qui peut l'émousser ou la paralyser.

Enfin, la prompte délivrance n'est d'une indispensable nécessité dans le cas de perte interne, que lorsque le placenta ou un de ses lambeaux s'applique sur le col de la matrice, et en ferme l'ouverture. Ce n'est pas que l'extraction de ce corps arrête directement la perte utérine, dont sa présence n'est pas la cause, mais elle favorise l'introduction de la main, et l'injection des liquides astringens, qui agissent immédiatement sur les extrémités béantes des vaisseaux utérins, où est la véritable source du mal.

Quant à l'hémorrhagie externe ou apparente, si elle tient à la pléthore générale, l'extraction du délivre n'est certainement pas le moyen d'y remédier, puisqu'elle n'attaque point la cause directe de cet accident. D'ailleurs, qui sait alors si quelques flots de sang qui jaillissent hors de la matrice, ne sont pas l'effet d'une crise que la nature médite, pour prévenir de plus grands désordres? La prompte délivrance, loin d'être indiquée, serait donc contraire aux principes de l'art, et peut-être nuisible à la femme. Elle serait certainement beaucoup moins indiquée alors, que les moyens propres à ralentir l'impétuosité du sang, et à l'empêcher de se porter vers la matrice, tels que l'exposition à un air frais et fréquemment renouvelé, la situation horizontale sur du crin ou de la paille, plutôt que sur des lits de plume ou de laine, le repos absolu, le silence parfait, la tranquillité de l'âme, quelque boisson rafraîchissante, telle que de la limonade ou de l'eau à la glace. Si l'hémorrhagie dépendait d'une déchirure ou d'une contusion de la matrice, à la suite de quelque mauvaise manœuvre, elle exigerait encore moins une prompte délivrance, que l'application des moyens propres à calmer l'irritation de ce viscère. Il en serait de même de l'hémorrha-

gie sympathique occasionée par l'inflammation des premières voies, laquelle réclamerait plus impérieusement l'emploi des antiphlogistiques que l'extraction du délivre. D'ailleurs, ces sortes de pertes ne sont presque jamais excessives ni de longue durée; elles s'arrêtent bientôt d'elles mêmes, ou laissent le temps de recourir aux moyens les plus efficaces pour les combattre.

L'hémorrhagie externe la plus alarmante est celle qui tient à l'inertie utérine, soit que le sang ruisselle avec sa fluidité ordinaire, soit qu'il s'échappe en caillots plus ou moins volumineux. C'est alors qu'il n'y a point de temps à perdre, et que le moindre retard peut précipiter la femme dans le tombeau. Mais quelle est la première indication à remplir pour lui donner du secours? Faut-il commencer par la délivrer ou par ranimer la contractilité utérine? De deux choses l'une : ou la matrice encore molle, flasque et inerte présente un grand vide dont le placenta n'occupe qu'une portion, ou bien, revenue en partie sur elle-même, et appliquée sur ce corps spongieux, elle ne manque que de l'énergie nécessaire pour s'en débarrasser. Dans le dernier cas, il est évident qu'il faut procéder à la délivrance sur-le-champ, puisque l'arrière-faix est la seule cause qui entretienne la perte, en s'opposant au retour complet de la matrice sur elle-même. Cette pratique est entièrement conforme à la méthode de Puzos et aux leçons de l'expérience. L'inertie ou l'atonie utérine n'est ici que relative ; il en est de même que pendant le travail, lorsque la perte qui se déclare avant l'écoulement des eaux, s'arrête après la rupture des membranes, ou bien lorsqu'elle se renouvelle avant l'expulsion du fœtus, et qu'elle cesse après la terminaison artificielle de l'accouchement. Il ne s'agit alors, pour empêcher la femme de perdre tout son sang, que d'écarter les obstacles qui s'opposent à la déplétion successive de la matrice, trop faible pour les surmonter elle-même.

Mais il s'en faut bien que la délivrance soit l'indication la plus urgente, lorsque ce viscère encore très-distendu ou très-spacieux est frappé d'une inertie absolue qui en suspend la contractilité. En faisant alors l'extraction de l'arrière-faix, on n'attaque pas directement la cause du mal; on ne fait qu'augmenter le vide ou la capacité de la matrice, qui n'est déjà que trop grande. On risque même de perdre un temps précieux et peut-être irréparable, surtout s'il faut achever de décoller le placenta avant de l'extraire. On objectera peut-être qu'il a suffi quelquefois d'introduire la main dans la matrice et d'en déblayer la cavité, pour faire cesser l'écoulement du sang; mais compte-t-on alors pour rien l'espèce de stimulus ou d'excitant qu'on a porté sur la surface du viscère, en saisissant le délivre et en l'amenant au dehors? C'est là précisément ce qui a réveillé l'énergie utérine, et a fait crisper les extrémités des vaisseaux qui versaient le sang. La délivrance n'y a été absolument pour rien; et la preuve, c'est qu'on a vu plus d'une fois l'hémorrhagie continuer, ou se renouveler immédiatement après l'extraction des secondines.

C'est donc l'inertie de la matrice qu'il faut alors dissiper le plus

promptement possible, pour secourir la femme qui perd des flots de sang par la vulve. Qu'on fasse des frictions sur l'hypogastre; qu'on y laisse tomber de légères douches d'eau froide; qu'on y applique des compresses trempées dans le même liquide, ou dans une solution de carbonate d'ammoniaque avec le triple de son poids d'eau; qu'on y place même de la glace pilée seule ou avec du muriate de soude. Si ces moyens ne suffisent pas, qu'on introduise la main, avec un morceau d'éponge imbibée de vinaigre ou avec le quart d'un citron, dans la cavité de la matrice, pour en titiller ou agacer la surface; qu'on y injecte, non de l'alcool ou des acides minéraux, comme Pasta le conseillait, à moins qu'ils ne soient convenablement étendus, mais plutôt de l'oxycrat, du vinaigre pur ou de l'eau à la glace, suivant le procédé de Saxtorph; qu'on tienne alors le bassin de la femme un peu plus élevé que le tronc, pour empêcher ces liquides de refluer trop promptement au dehors. Enfin, dans les cas désespérés, on recommande d'arroser les membres thorachiques et le sein d'eau froide, de placer la femme sur le carreau et à l'air libre, de verser sur elle des seaux d'eau glacée, de la plonger même tout entière dans un bain froid. Mais l'emploi de ces affusions serait-il sans inconvénient et sans danger pour la nouvelle accouchée? Qui pourrait calculer les effets ou suites du refroidissement subit dans un corps échauffé naguère par le travail de l'accouchemennt?

Toutefois ces moyens méritent la préférence sur le tampon avec de la filasse tempée dans l'oxycrat ou dans le vinaigre pur, que des auteurs recommandables proposent pour arrêter les hémorrhagies utérines après l'expulsion de l'enfant. En fermant le vagin et l'orifice de l'utérus, on empêche bien le sang de couler au dehors, mais on ne l'empêche pas de s'épancher dans la cavité de ce viscère; on ne fait donc que rendre l'hémorrhagie interne, d'externe ou apparente qu'elle était, et on aggrave le mal au lieu d'y remédier. En général, le tampon ne convient jamais après un accouchement à terme; et c'est peut-être de tous les procédés celui qui est alors le plus contraire aux préceptes de l'art et à la saine raison. Comment arrêterait-il l'hémorrhagie, puisqu'il n'en attaque pas directement la cause? Il pourrait convenir tout au plus, si le sang coulait du col de la matrice qui aurait été déchiré, ou du vagin après la rupture de quelque nœud variqueux; encore ne serait-il pas sans inconvénient dans le premier cas, parce qu'il irriterait la plaie en la comprimant, et peut-être serait-il inutile dans le second, parce qu'une hémorrhagie veineuse du vagin est peu redoutable. Mais il serait certainement très-dangereux, peut-être même mortel, si la matrice était dans l'état d'inertie; l'accoucheur qui aurait alors l'imprudence de boucher l'orifice de ce viscère, ne pourrait être mieux comparé qu'au stupide berger qui, pour empêcher son troupeau d'être dévoré par un loup affamé, fermerait la porte du bercail, au lieu de courir directement sur la bête féroce. Concluons donc, d'après des observations de Lamotte, que cet instrument est nuisible à la femme et capable de la faire périr après un accouchement à terme.

Nous ne parlerons point des vessies de cochon qu'on conseille d'introduire dans la matrice, pour en comprimer directement les vaisseaux, au moyen de l'air qu'on y insuffle, ou des liqueurs styptiques qu'on y injecte. Ce moyen doit paraître insuffisant, même ridicule aux gens de l'art, puisqu'il s'oppose à la contraction de la matrice, sans laquelle l'hémorrhagie ne saurait s'arrêter. D'ailleurs, une vessie, quelque molle et souple qu'on la suppose, s'appliquera-t-elle exactement sur les orifices de tous les vaisseaux utérins?

Outre les remèdes qui agissent immédiatement sur la matrice, on pourrait encore appliquer quelques rafraîchissans aux environs des mamelles, qu'on sait être liées sympathiquement avec le principal organe de la génération chez la femme, et sur lesquelles Hippocrate faisait appliquer de larges ventouses, pour arrêter la ménorrhagie. Ce n'est guère qu'en vertu de la sympathie utérine avec l'estomac et l'intestin, qu'on peut expliquer la suspension des hémorrhagies de l'utérus, au moyen de l'eau alumineuse, de l'eau de rabel ou de l'acide sulfurique convenablement étendus, et donnés en boisson. Il en est de même de la teinture de cannelle, dont Van Swieten et Leake ont retiré tant d'avantages dans ce cas-là; l'un, en la combinant avec l'eau de mélisse et de menthe l'autre, avec la décoction de quinquina. Ces sortes de mixtures, essentiellement toniques, n'ont été efficaces qu'en ranimant l'action plus ou moins abattue des organes digestifs, et celle de la matrice par sympathie.

Enfin, nous ne pouvons plus nous dispenser aujourd'hui de recommander l'administration du seigle ergoté, dont l'efficacité spéciale a été constatée pour exciter les contractions utérines en général. Nous ajouterons, d'après le mémoire historique de notre recommandable confrère le docteur Villeneuve sur l'emploi de cette substance, qu'elle a réussi cinq fois dans le cas d'hémorrhagie de la matrice, entretenue par l'inertie de cet organe après l'accouchement. Quel mal pourrait-il donc y avoir de l'essayer?

L'hémorrhagie ou perte utérine n'existe pas toujours seule; elle peut se compliquer, soit avec la syncope, soit avec les convulsions, qui en sont le plus souvent des effets consécutifs et très-dangereux, à cause de la faiblesse extrême de la femme. Il importe donc alors d'insister beaucoup sur les moyens d'arrêter le sang, et de réveiller la contractilité utérine. Si ces accidens persévèrent après la délivrance et après la cessation de l'hémorrhagie, il faut avoir recours au régime analeptique, aux consommés, aux gelées végétales et animales, au vin généreux, aux eaux distillées aromatiques, aux extraits amers, tels que celui de quinquina, de gentiane, etc.

Mais faut-il délivrer la femme sur-le-champ et sans délai, lorsque la syncope ou les convulsions surviennent seules et indépendamment de l'hémorrhagie? c'est là ce que conseillent Baudelocque et plusieurs autres praticiens. Quant à nous, il nous semble que l'indication la plus urgente est alors de combattre ces accidens, l'un au moyen des excitans, et l'autre au moyen des antispasmodiques.

Quand la femme est revenue à elle-même, et qu'elle est calme ou moins agitée, on extrait l'arrière-faix suivant la méthode ordinaire. Telle est la conduite que nous avons tenue dans deux circonstances où la femme a été saisie de convulsions pendant le travail de l'accouchement et après l'expulsion de l'enfant. Comme la matrice s'est contractée de suite avec énergie, nous avons tâché d'abord de remédier à l'agitation générale, et nous avons attendu fort patiemment la délivrance, qui s'est opérée d'elle-même.

SECTION II.

Des circonstances qui permettent ou obligent de retarder la Délivrance.

On met au nombre de ces circonstances l'inertie de la matrice, le resserrement spasmodique de son col, et l'adhérence non naturelle du placenta.

1°. Il est certain que l'inertie de la matrice, quand elle n'est pas accompagnée d'hémorrhagie, n'exige point une prompte délivrance. L'indication la plus naturelle et la plus urgente est alors de réveiller la contractilité de ce viscère, pour le mettre en état de revenir sur lui-même, de décoller le placenta, s'il est encore adhérent, et de l'expulser. En faisant des tractions sur le cordon ombilical, sans avoir égard à l'inertie de la matrice, on risquerait de la renverser ou de la retourner comme un gant : désordre qui ne tarderait pas à se compliquer avec l'hémorrhagie, et qui entraînerait peut-être la perte de la femme. Ne serait-ce pas ici le cas de recourir encore à l'essai du seigle ergoté, puisque, d'après le mémoire déjà cité du docteur Villeneuve, cette substance a eu cinq fois du succès pour opérer la délivrance ou l'expulsion du placenta?

2°. Le resserrement spasmodique du col utérin est si peu redoutable après un accouchement à terme, qu'il ne mérite presque pas d'attention. Cet accident n'est que momentané, et se dissipe bientôt de lui-même; il s'oppose rarement aux nouveaux efforts que fait la matrice pour expulser l'arrière-faix. Ce serait donc mal à propos, et contre toutes les règles de l'art, qu'on violenterait alors le col de ce viscère, pour y introduire la main. On l'irriterait inutilement et on y déterminerait peut-être une inflammation dangereuse. Ne serait-il pas plus prudent de chercher à le relâcher, soit par la saignée, si la femme était pléthorique, soit par des injections émollientes et antispasmodiques, si elle était sensible et irritable? Nous avons vu ce spasme céder comme par enchantement à la vapeur de l'eau chaude.

3°. Il est excessivement rare que le placenta soit assez fortement collé à la matrice, pour résister aux contractions de ce viscère, aux efforts qu'on fait en tirant méthodiquement sur le cordon, et à l'action immédiate de la main. Lorsque cette adhérence extraordinaire a lieu, elle n'est presque jamais totale, mais seulement partielle. Il n'y a qu'une portion ou quelques lobes du placenta, soit vers son centre, soit vers l'un de ses bords, qui s'identifient pour ainsi dire avec la matrice, comme dans un exemple rapporté par Smellie.

Cette adhérence nous a paru néanmoins complète ou totale chez une femme morte à la suite de ses couches. A l'ouverture du cadavre, il nous fut impossible de décoller une seule partie du placenta, sans déchirer le tissu de la matrice avec lequel il semblait ne faire qu'un même corps.

Des accoucheurs ont avancé que cette union se faisait au moyen de certaines crêtes utérines profondément engrenées dans les sinuosités du placenta ; mais un examen plus attentif a démontré qu'elle n'avait d'autre intermède qu'un tissu cellulaire plus ou moins serré et devenu pour ainsi dire squirreux.

Quoi qu'il en soit, lorsque l'arrière-faix est si fortement implanté sur la surface de l'utérus, qu'il ne peut en être décollé par les efforts de la nature, ni par les secours de l'art, il faut nécessairement renoncer à la délivrance, jusqu'à ce qu'elle soit devenue plus facile. C'est ainsi que Smellie et Baudelocque se sont conduits en pareil cas. Ils rapportent avoir laissé dans la matrice des portions du placenta qu'ils n'avaient pu en extraire : et le dernier conseille même d'y laisser ce corps tout entier s'il oppose une résistance insurmontable. Cela ne vaut-il pas mieux que de faire violence à la matrice, et surtout de provoquer le décollement et l'expulsion du placenta par de prétendus emménagogues ou aristolochiques, dont l'effet le plus ordinaire est de mettre le feu dans le corps, d'irriter le conduit alimentaire, et de produire quelque désordre dans le système utérin?

Cependant on ne négligera pas de faire plusieurs fois le jour, dans la matrice, des injections d'abord émollientes avec la décoction de racine de guimauve, et ensuite détersives ou antiputrides avec des infusions aromatiques, avec la décoction de quinquina, etc. Par les premières, on tâchera de relâcher les adhérences du placenta, et on entraînera les sucs putrides qui en découleront ; par les secondes, on soutiendra le ton de la matrice, et on préviendra les funestes effets de la résorption.

Enfin, on ne manquera pas de toucher la femme de temps en temps, pour saisir le moment le plus favorable à l'extraction du placenta ou de ses débris, et pour prévenir les accidens qui pourraient résulter de leur trop long séjour dans les voies de la génération.

SECTION III.

De la manière d'opérer la Délivrance artificielle.

Rien de plus facile que la délivrance, quand le placenta est tout-à-fait décollé, et que le cordon ombilical conserve encore toute sa longueur et sa fermeté. Quelques tractions sur ce dernier, dirigées méthodiquement ou parallèlement aux axes des détroits du bassin, suffisent alors pour extraire l'arrière-faix. Mais il n'en est pas de même, quand l'une des conditions ci-dessus, ou toutes les deux viennent à manquer. Dans ce cas-là, l'opération devient nécessairement plus ou moins embarrassante, et exige plus ou moins d'adresse de la part de l'accoucheur.

Ainsi, le placenta est-il encore adhérent, il faut commencer par le décoller avant de tirer sur le cordon, sans quoi on risquerait de renverser la matrice et de l'entraîner au dehors, comme cela est arrivé plusieurs fois. Or, le décollement offre plus ou moins de difficulté, suivant la région de la matrice que le placenta occupe, suivant la force d'adhésion qui le retient, suivant le lieu de cette masse où le cordon ombilical s'implante, etc.

On reconnaît assez bien la région de la matrice où le placenta est attaché, en suivant avec le doigt le cordon ombilical jusqu'au bord de l'orifice, et en observant de quel côté il se contourne, pendant qu'on le tient un peu tendu de l'autre main. Quant aux autres circonstances, on ne peut bien en juger que par l'introduction d'une main dans la matrice.

Pour surmonter l'adhésion du placenta à la matrice, en tirant sur le cordon ombilical, il suffit de diriger les tractions perpendiculairement au plan d'insertion, c'est-à-dire de manière qu'elles agissent directement et presque uniquement sur le point du placenta où le cordon est inséré. On obtient cet avantage en tirant d'une main sur le cordon, pendant qu'on lui fait décrire, avec quelques doigts de l'autre, un coude, dans un sens opposé au côté de la matrice que le placenta occupe. Par exemple, ce corps répond-il à la face latérale gauche de la matrice, on dirige le cordon ombilical vers la droite de la vulve où on le fléchit, pour le faire passer, comme dans la gorge d'une poulie, entre la base de deux doigts d'une main, sans le serrer, pendant qu'on le tire avec l'autre. Par ce moyen, on sépare le placenta du lieu où il est implanté, selon les expressions de Levret, comme on décolle une sole appliquée sur une planche, en lui renversant la queue sur le dos, et en la conduisant vers la tête; ou bien comme on détache un morceau de papier mouillé du plan sur lequel il est appliqué, en soulevant l'appendice qui déborde. Cette précaution de changer ainsi la direction des forces appliquées à l'extrémité du cordon, est d'autant plus nécessaire, qu'il s'insère plus près du bord du placenta; car, en tirant comme à l'ordinaire, lorsque ce corps est en raquette, on agirait en même temps sur tous ses points, et on n'en décollerait aucun : on arracherait plutôt le cordon ombilical, ou bien on entraînerait la matrice avec le délivre.

Cette méthode n'est plus praticable, lorsque le cordon ombilical a été arraché, ou lorsqu'il est si faible qu'on n'ose y faire des tractions. Alors, au lieu d'abandonner la délivrance au temps et aux soins de la nature, comme des accoucheurs l'ont conseillé, il faut introduire une main dans la matrice, pour extraire le placenta s'il est déjà entièrement décollé, ou pour essayer d'en achever le décollement s'il conserve encore quelques-unes de ses adhérences. C'est le seul moyen de prévenir les accidens que ce corps pourrait occasioner en se putréfiant, ou en séjournant trop long-temps dans la matrice. Mais avant l'introduction de la main, qu'on n'oublie jamais de placer l'autre sur l'hypogastre de la femme, pour fixer la matrice et pour la mettre à l'abri de toute lésion.

On arrive facilement à l'arrière-faix en suivant le cordon ombilical, lorsqu'il est encore entier : on est au contraire obligé de tâtonner pour le découvrir, quand ce cordon a été arraché. Si l'on rencontre alors une région de la matrice qui soit parsemée d'un lacis de vaisseaux très-apparens au tact, qui ait plus de mollesse et deux ou trois fois plus d'épaisseur que les autres endroits, enfin, où la femme ne sente pas la présence des doigts, c'est là que le placenta est implanté.

Quand on trouve, comme c'est l'ordinaire, quelque endroit où cette masse commence à se détacher, on y insinue doucement les doigts et on continue le décollement. Le choix de la main ne serait peut-être pas toujours indifférent dans cette opération. Des accoucheurs conseillent d'employer celle dont le dos est opposé au côté que le placenta occupe, lorsqu'il est situé latéralement ; mais l'une et l'autre conviennent indistinctement dans les autres cas.

Le placenta est-il encore adhérent dans tous ses points, on tâche de le décoller dans l'endroit qui offre le moins de résistance. Est-il seulement décollé dans son centre, tandis que sa circonférence est adhérente, on saisit la tumeur ou saillie qu'il forme dans l'intérieur de la matrice, ou bien on en perce le milieu avec le doigt, que l'on promène par-derrière pour en décoller le bord.

Enfin, lorsque cette masse ou quelques-unes de ses parties sont si étroitement liées à la matrice, qu'on ne pourrait les en décoller sans inconvénient, il faut les abandonner aux ressources de la nature ; mais, en attendant une occasion plus favorable à la délivrance, on ne négligera aucune des précautions recommandées en pareil cas, pour mettre la femme à l'abri de tout danger.

SECTION IV.

De la Délivrance dans le chatonnement du placenta.

On a observé qu'il se formait quelquefois dans la matrice, après l'expulsion du fœtus, une poche ou cellule particulière, aussi distincte de la cavité de ce viscère, que celle-ci l'est de la cavité du col dans l'état naturel. C'est cette cellule que les accoucheurs appellent *chaton,* et qui contient le placenta lorsqu'il est *chatonné.*

La découverte de ce phénomène remonte au temps du célèbre Peu, dont l'ouvrage en offre les premiers exemples, sans en assigner la véritable cause. Il l'attribue à une division de la matrice en deux cavités, par un vice de conformation primordiale ; ce qui n'est conforme ni à l'observation ni à la vraisemblance. Il y a encore des auteurs qui le regardent comme l'effet accidentel de la contraction spasmodique et irrégulière de la matrice ; mais ils ne sont pas d'accord sur le lieu où le placenta se chatonne, puisque les uns le fixent aux parties latérales, et les autres au fond de ce viscère.

On conçoit bien mieux le mécanisme du chatonnement, d'après la disposition et la contractilité générale des fibres utérines. Dans l'état habituel, celles qui constituent l'orifice interne sont beaucoup plus serrées que celles du col et du corps ; donc elles conser-

vent plus de tendance à se contracter, lorsqu'elles sont dilatées pendant la grossesse. D'où il résulte que durant le travail de l'accouchement, après l'évacuation des eaux, elles se resserrent davantage, soit en vertu de leur contractilité naturelle, soit parce qu'elles s'appliquent sur le col du fœtus, qui est moins volumineux que la tête et le tronc. La matrice perd donc alors la forme de l'ovoïde régulier qu'elle avait à la fin de la grossesse; elle se moule sur le fœtus, et prend la forme d'une calebasse à deux ventres : ce qu'on observe, en allant chercher les pieds de l'enfant, longtemps après l'évacuation des eaux, lorsqu'il présente la tête.

Cela posé, plus l'accouchement est retardé, plus la matrice s'habitue, pour ainsi dire, à cette forme qui lui est naturelle; en sorte que l'orifice interne, dilaté momentanément par le passage de l'enfant, se contracte aussitôt après avec beaucoup plus de force que les autres parties, et divise ainsi la matrice en deux poches bien distinctes, dont l'une antérieure répond au col, et l'autre postérieure au corps de ce viscère. Le placenta est donc complètement ou en partie chatonné, selon qu'il occupe l'une ou l'autre de ces poches, ou qu'il se prolonge dans les deux.

Outre cette espèce de chatonnement que presque tous les accoucheurs ont observée, et dont il est facile de se rendre raison, Levret a parlé d'une autre qui est bien différente, et sans doute bien rare, puisqu'il n'en cite qu'un exemple, et que nul autre praticien, avant ou après lui, n'en a fait mention. Le placenta était renfermé alors dans une cellule, dont l'ouverture exactement ronde, et ayant deux pouces de diamètre, était de niveau avec la surface de la matrice; ce chaton devait donc s'être formé aux dépens de la cavité de ce viscère, et ne pouvait être confondu avec celle du corps, ni avec celle du col utérin; la matrice aurait donc été partagée en trois loges, si l'orifice interne eût été resserré comme dans le chatonnement ordinaire. Cette espèce de kyste, selon Plessmann, tenait à l'inertie, ou au défaut de contraction, dans la région utérine, que la présence du placenta avait empêchée d'être stimulée, ou irritée par l'impression immédiate de l'enfant : ce qui paraît assez vraisemblable.

Leroux de Dijon rapporte avoir rencontré un placenta encadré dans les parois de la matrice, comme un verre de montre dans sa châsse; mais il paraît que ce corps spongieux lui en avait imposé par l'adhérence de son bord circulaire, tandis que le milieu, entièrement décollé, faisait saillie à l'intérieur.

Herbin, docteur de Montpellier, assure aussi avoir trouvé le placenta renfermé dans un kyste de forme cylindrique, lequel n'était que l'origine de la trompe utérine droite.

Quoi qu'il en soit, le chatonnement du placenta ne s'oppose pas toujours à la délivrance naturelle; il la rend seulement un peu plus longue et plus difficile, à cause de l'entrée du chaton, qui ajoute à la résistance ordinaire du col utérin. Il ne s'agit donc que d'avoir un peu plus de patience, pour donner à la nature le temps de surmonter ce double obstacle.

L'art devient-il nécessaire alors pour extraire l'arrière-faix, on tire méthodiquement sur le cordon ombilical. Mais si ce procédé est impraticable ou insuffisant, on dilate convenablement avec la main l'entrée du chaton, et on saisit le placenta, ou bien on le décolle, s'il est encore adhérent, et on l'entraîne à mesure que la matrice revient sur elle-même.

Si le cas dont parle Levret venait à se présenter, il faudrait, après l'extraction du placenta, débarrasser la poche où il était emprisonné, des caillots qui pourraient s'y être formés, et en tenir la gorge entr'ouverte avec la main ou quelques doigts, jusqu'à ce que les deux poches se fussent réunies en une seule.

SECTION V.

De la Délivrance dans le cas d'implantation du placenta sur le col de la matrice.

Lorsque le placenta s'implante sur le col de la matrice, il commence nécessairement à se décoller dès que l'orifice de ce viscère vient à s'entr'ouvrir. De là l'hémorrhagie plus ou moins abondante qui se manifeste alors vers la fin de la grossesse, tantôt dès le sixième mois, le plus souvent du septième au huitième, quelquefois pendant le neuvième, presque toujours dans le courant du travail : hémorrhagie qui provoque l'avortement, ou empêche la femme de se débarrasser quand elle est à terme, et la fait périr d'épuisement, si l'on ne fait à propos l'extraction de l'enfant.

L'implantation du placenta sur le col de la matrice peut donc être mise au nombre des causes de l'accouchement non naturel, et mérite sous ce rapport beaucoup plus d'attention que sous celui de la délivrance, qui n'est jamais bien difficile en pareil cas.

Le point essentiel est ici de s'assurer si l'orifice utérin est le siége du placenta, ce qu'on ne peut reconnaître qu'au moyen du toucher. Mais on n'est presque jamais engagé à faire de telles recherches, à moins que l'hémorrhagie, qui est presque toujours inévitable, ne se déclare avant ou pendant le travail de l'accouchement. Alors, au lieu des membranes ou de la tumeur élastique qu'elles forment durant la douleur, on trouve à l'entrée de la matrice une substance molle et fongueuse, dans laquelle on sent qu'on pourrait enfoncer le doigt ; c'est le seul signe caractéristique de la présence du placenta. Toutefois, qu'on procède à cet examen avec le plus de ménagement possible, et qu'on se garde bien de déranger le caillot salutaire qui se forme quelquefois entre le placenta et l'extrémité des vaisseaux utérins, et qui suspend ou modère l'hémorrhagie. Ce qu'il y a de plus avantageux dans cette circonstance, et ce qui doit être même le but principal des praticiens, c'est d'empêcher que la femme ne perde trop de sang avant la dilatation complète de l'orifice utérin ; car si elle conserve alors assez de force, elle peut accoucher naturellement, et si elle est trop faible, du moins l'état du col de la matrice ne s'oppose plus à l'introduction de la main, ni à l'extraction de l'enfant par les pieds. Nous re-

viendrons encore sur cette matière en traitant des causes de l'accouchement non naturel, et nous exposerons la conduite que l'accoucheur doit tenir dans le cas d'hémorrhagie qui accompagne l'implantation du placenta sur le col de la matrice. Il ne s'agit maintenant que de ce qui concerne la délivrance, soit que l'accouchement se termine par les seules forces de la nature, soit qu'il nécessite le secours de l'art.

De deux choses l'une, ou le centre du placenta répond au milieu de l'orifice utérin, ou bien le bord de cette masse est près de cet orifice. Dans le premier cas, le placenta, poussé par la tête de l'enfant, se décolle circulairement, et vient se présenter le premier à la vulve; de sorte que la délivrance précède alors l'accouchement. C'est dans cette circonstance qu'il vaudrait mieux recourir au forceps, que de retourner l'enfant et de l'amener par les pieds, supposé que la femme fût en danger. Mais il ne faudrait jamais imiter cette imprudente matrone qui, au rapport de Baudelocque, arracha le placenta, et rompit le cordon près de l'ombilic de l'enfant, avant de faire appeler ce célèbre praticien, pour l'aider à terminer un accouchement qu'elle avait eu la maladresse d'entreprendre.

Dans le second cas, lorsque le placenta n'appuie que par un de ses bords sur l'orifice utérin, il conserve presque toujours une partie de ses adhérences après la sortie de l'enfant. On attend donc alors que l'action de la matrice les ait entièrement détruites; mais si l'hémorrhagie persévère ou se renouvelle, et que la nécessité de délivrer la femme devienne urgente, on achève le décollement du placenta, et on en fait l'extraction. Dès qu'il est sorti, on saisit les membranes auprès de cette masse, et on les roule en forme de corde, en tirant dessus avec ménagement, pendant qu'on fait des frictions sur l'hypogastre, pour solliciter les contractions utérines. Sans cette précaution, on extrairait rarement la totalité des membranes, parce qu'elles acheveraient de se détacher circulairement du placenta, avant de se décoller de la surface interne de la matrice.

SECTION VI.

De la Délivrance après l'avortement.

Considéré par rapport à l'époque de la grossesse où il arrive, l'avortement présente des différences sensibles et bien capables de fixer l'attention de l'accoucheur. Dans les trois premiers mois, si rien ne trouble la marche de la nature, la femme se débarrasse de la totalité du produit de la conception en masse, c'est-à-dire de l'embryon et de toutes ses dépendances en même temps. Au contraire, dans les mois suivans, la matrice expulse d'abord les eaux, puis le fœtus, enfin le délivre et les membranes qui l'enveloppent. Dans le premier cas, l'accouchement est donc unique et pour ainsi dire indivisible; dans le second, c'est un triple travail, ou une suite de trois opérations bien distinctes.

Mais d'où vient que la nature change ainsi de procédé aux différentes époques de la grossesse? Pourquoi l'accouchement n'est-il

pas toujours simple ou toujours composé? On ne saurait s'empêcher d'admirer ici les merveilles de cette profonde sagesse, qui préside à la génération, et qui choisit toujours les voies les plus simples, les plus faciles et les moins dangereuses pour arriver à son but. Dans les trois premiers mois qui suivent la conception, le placenta est proportionnellement plus volumineux que le fœtus, tandis qu'on observe le contraire après le quatrième mois, et durant le reste de la grossesse. Que doit-il résulter de là? que dans le premier cas, cette masse peut être long-temps retenue dans la matrice, quoique le fœtus encore très-petit en ait été expulsé, et que, dans le second, elle sort avec moins de difficulté, à cause de l'issue qui lui a été déjà préparée par un corps plus volumineux. De là, toute la différence entre la délivrance après l'avortement ou la fausse-couche, et celle qui suit l'accouchement naturel et à terme.

En effet, supposons que les membranes, dès le commencement de la grossesse, viennent à se déchirer avant que l'orifice utérin soit assez dilaté pour livrer passage à l'œuf tout entier. Qu'arrive-t-il? l'embryon ou le fœtus, à peine ébauché, est pour ainsi dire emporté par le flot des eaux, tandis que le placenta reste tout entier. La matrice perd en partie sa contractilité, que le prélude douloureux de l'avortement avait excitée, et tombe dans une inertie plus ou moins longue; enfin, l'orifice de ce viscère se resserre pendant cet intervalle, et la délivrance en est plus ou moins retardée. Encore le mal ne serait-il que de peu de conséquence, si l'hémorrhagie ne venait quelquefois le compliquer, et répandre du doute et de l'inquiétude sur le sort de la femme.

Il n'en est pas de même lorsque la poche des eaux se rompt dans le moment convenable, après le troisième ou quatrième mois jusqu'au terme de la grossesse. Le fœtus, devenu alors plus volumineux que le délivre, ne sort qu'après l'évacuation des eaux, et facilite la voie à cette masse fongueuse, qui ne tarde pas d'être expulsée, si tout se passe comme il convient. Cette succession dans les périodes de l'accouchement entre même, en quelque sorte, dans le plan ou dans les vues de la nature; car si la femme se débarrassait alors du produit de la conception tout entier, ou du fœtus avec ses dépendances, la matrice risquerait de tomber dans l'inertie, accident qui pourrait avoir des suites plus ou moins alarmantes.

Quelle est donc la conduite que l'accoucheur doit tenir auprès d'une femme menacée d'avorter ou de faire fausse-couche? Si cet accident arrive pendant les trois premiers mois, qu'il se donne bien de garde de rompre la poche des eaux; et si cette rupture a lieu spontanément, qu'il introduise un ou deux doigts dans l'orifice de l'utérus, pour l'empêcher de se contracter, et pour exciter en même temps l'action expultrice de ce viscère. En général, on doit attendre avec patience l'expulsion de l'œuf tout entier dans l'avortement; mais cette expectation n'est plus de rigueur après les premiers mois; elle pourrait même devenir contraire aux principes de l'art, si l'orifice de l'utérus était assez ouvert pour donner issue au fœtus et au délivre tout à la fois.

Ces maximes, immédiatement fondées sur la raison et l'expérience, ne sauraient être trop méditées par les gens de l'art, qui se livrent aux accouchemens; car, si elles sont scrupuleusement observées, elles préviennent toutes les difficultés qui concernent la délivrance après l'avortement.

Mais un praticien, quelque prudent et habile qu'il soit, peut être appelé auprès d'une femme chez laquelle le délivre est retenu dans la matrice après cet accident. Comment donc viendra-t-il à bout de l'extraire alors? Sera-ce en tirant sur le cordon ombilical? mais il est si grêle, qu'il résisterait à peine à la plus légère traction. Ira-t-il le chercher dans la matrice? mais la vulve et l'entrée du vagin sont si étroites, que la main ne saurait les franchir sans leur faire violence, et sans faire beaucoup souffrir la femme. D'ailleurs, l'orifice utérin, à peine entr'ouvert, n'admet tout au plus que l'extrémité d'un ou deux doigts qui, au lieu d'extraire cette masse, ne font que la repousser quand elle cherche à s'engager.

Tant de difficultés doivent donc déterminer l'accoucheur à suspendre toute tentative violente soit avec la main, soit avec des instrumens, pour opérer la délivrance, surtout lorsque la femme ne court d'ailleurs aucun danger. S'il est absolument impossible d'extraire le placenta, qu'on le laisse, et qu'on prenne seulement les mesures nécessaires pour en prévenir la putréfaction. Cependant, si une partie de cette masse vient à faire saillie dans le vagin, qu'on la saisisse au moyen de deux doigts ou de la pince à faux germe de Levret, pour tâcher de l'ébranler et d'entraîner le reste, mais sans la déchirer. Dans aucun cas, le salut des femmes n'est désespéré parce que le délivre est retenu dans la matrice. Certaines le rendent bientôt par portions ou en détail; d'autres le conservent pendant plusieurs mois, pour le rendre ensuite en totalité et plus ou moins desséché.

Survient-il une hémorrhagie, ou elle est peu abondante, ou bien elle est assez considérable pour mettre la femme en danger. Dans le premier cas, on se contente d'exciter vivement les contractions de la matrice; dans le second, on tamponne le col de ce viscère et le vagin, soit avec un morceau d'agaric ou d'amadou, soit avec de la filasse ou de la charpie trempée dans l'oxycrat, qu'on soutient convenablement. Le sang arrêté par cette espèce de digue se coagule; bientôt après le caillot irrite la matrice; ce viscère se contracte avec plus de force; la débâcle arrive, et tout est expulsé. Mais le tampon que l'on conseille dans les premiers mois de la grossesse, époque où la cavité de la matrice est encore peu étendue, ne pourrait avoir que les suites les plus fâcheuses après le quatrième mois, jusqu'au terme de la grossesse, lorsque la capacité de ce viscère est devenue assez spacieuse pour contenir une grande quantité de sang.

SECTION VII.

De la Délivrance dans le cas de grossesse composée ou de jumeaux.

Lorsqu'il y a plusieurs fœtus dans la matrice, chacun peut être renfermé dans ses propres membranes, et avoir son placenta

distinct; ou bien les placenta de tous ces jumeaux peuvent être tellement confondus, qu'ils ne semblent former qu'une seule masse. On conçoit donc que, dans le premier cas, après la sortie de chaque enfant, son placenta peut venir se présenter à l'entrée du vagin, tandis que cela est impossible dans le second.

C'est d'après cette différence que l'accoucheur doit se conduire, en délivrant la femme dans le cas de grossesse composée. Le placenta du premier enfant se présente-t-il aussitôt qu'il est né, on peut en faire l'extraction sur-le-champ. Mais il y aurait alors des inconvéniens à entreprendre la délivrance, si les placenta des jumeaux avaient des rapports ou des connexions intimes; car, en tirant sur le cordon ombilical de l'enfant déjà sorti, on extrairait non-seulement son arrière-faix, mais on risquerait encore de décoller et d'entraîner celui du second : ce qui pourrait donner lieu à une hémorrhagie dangereuse. Il faut donc alors ne procéder à la délivrance qu'après l'expulsion de tous les jumeaux. La ligature, que les praticiens placent sur le cordon du premier né, en attendant que la matrice expulse le second, peut n'être pas nécessaire, mais elle n'est pas non plus inutile, attendu qu'il peut exister des communications vasculaires d'un placenta à l'autre.

Si en tirant ensuite sur les cordons assemblés, on trouvait trop de difficulté à extraire l'arrière-faix nécessairement plus volumineux qu'à l'ordinaire, on n'agirait que sur le cordon du placenta qui se présenterait le premier, et on tâcherait de faire passer ces deux masses l'une après l'autre. Si l'on trouvait encore de la résistance, on saisirait l'arrière-faix avec la main par un de ses bords.

CHAPITRE VI.

Physiologie et hygiène de la femme en couches.

Ce serait une grande erreur de croire que l'accouchement, tel que nous l'avons examiné, fût une maladie proprement dite, puisque tout s'y passe conformément au vœu de la nature. A la vérité, la femme souffre pour se débarrasser du produit de la conception; on dirait même que tout son corps s'ébranle et se disloque, pendant que l'enfant traverse la filière du bassin. Mais que ces douleurs et ces agitations sont différentes de celles qui tiennent à une lésion d'organes et de fonctions Elles n'ont ni la même cause, ni le même caractère, ni la même continuité. D'ailleurs, les suites en sont rarement fâcheuses par elles-mêmes, attendu qu'elles sont aussi naturelles que le principe d'où elles dérivent. En un mot, l'état d'une femme nouvellement accouchée appartient plus à la physiologie qu'à la pathologie, et les ressources de la thérapeutique y sont moins indiquées et moins nécessaires que les préservatifs de l'hygiène. Exposons donc succinctement les principaux phénomènes qui suivent l'accouchement naturel, afin de mieux faire sentir l'utilité des soins que la femme exige après la délivrance et pendant tout le temps des couches.

ARTICLE PREMIER.

Des suites de l'accouchement naturel.

Quand on se représente les efforts de la femme en travail, surtout dans un premier accouchement, faut-il être surpris qu'elle en soit fatiguée et même harassée? Aussi, dès qu'elle est délivrée, malgré le plaisir qu'elle éprouve d'être mère, se plaint-elle toujours d'un sentiment de faiblesse ou de lassitude, comme après un exercice violent ou une marche forcée. Il lui semble pendant quelque temps que tout son corps a été meurtri, comme dans une courbature générale. Ses membres sont endoloris; le bas-ventre, la matrice et la vulve ont plus de sensibilité; le visage est moins coloré, l'œil moins vif, la voix moins sonore, le pouls moins fort et moins fréquent; la femme ne sent plus la même chaleur; quelquefois tout son corps frissonne. Pendant le travail, tout était dans l'état d'érétisme et de tension; après l'accouchement, tout est dans l'état d'atonie et de relâchement. La femme ne soupire plus qu'après le repos; quelquefois même elle s'endort sur le lit de travail, et ce premier sommeil est un bienfait de la nature, qui ne contribue pas peu à la délasser et à réparer ses forces.

Cependant cet état de faiblesse et de prostration qui succède à l'accouchement n'est que momentané; bientôt les propriétés vitales reprennent de l'énergie; la chaleur se ranime, le pouls se réveille, une légère moiteur se répand uniformément sur toute la surface du corps, et la femme éprouve un sentiment de bien-aise qui, en lui faisant oublier les douleurs de l'enfantement, lui laisse l'intime conviction d'une santé entière ou facile à réparer.

La matrice en particulier offre des phénomènes qui méritent de fixer l'attention du médecin-accoucheur. Aussitôt qu'elle est débarrassée du produit de la conception, elle se resserre par sa contractilité naturelle; mais elle ne revient pas sur-le-champ à son volume ordinaire; ses parois restent encore plus ou moins engorgées, et les différens fluides qui les abreuvent ne s'en expriment que d'une manière lente et successive. Dans les premiers momens après la délivrance, on voit couler par la vulve un sang pur qui s'échappe par les extrémités encore béantes des sinus utérins; au bout de quelque temps, il ne sort plus que des caillots noirâtres plus ou moins volumineux. A mesure que la matrice se contracte, les vaisseaux en deviennent plus tortueux, et perdent de leur calibre. Passé les premières vingt-quatre heures, il ne coule par la vulve qu'une sérosité roussâtre, qui prend bientôt une apparence puriforme, et qui ne se supprime que pendant la fièvre de lait. Enfin, cette espèce d'écoulement utérin devient blanchâtre, et acquiert une odeur particulière, à laquelle un accoucheur exercé ne saurait se méprendre; les taches qu'il laisse sur le linge ressemblent à peu près à celles du lait.

Telles sont donc l'origine, la marche et la distinction des lochies ou vidanges que les auteurs, plus attentifs à la couleur qu'à la

nature de cette excrétion utérine, divisent en *sanguines*, en *séreuses* et en *puriformes* ou *laiteuses*.

Les premières ne durent guère que pendant vingt-quatre heures, les secondes pendant trente-six ou quarante-huit heures, jusqu'à la fièvre de lait; les dernières se prolongent pendant quinze ou vingt jours, quelquefois jusqu'à six semaines; à cette époque il est fort difficile de les distinguer d'avec la leucorrhée ou fleurs blanches, auxquelles tant de femmes sont sujettes, surtout dans les grandes villes.

Quelle méprise ne serait-ce pas de comparer, comme l'a fait Van-Swieten, ces trois espèces de lochies aux phénomènes que présente une solution de continuité, par exemple, une plaie! Dans celle-ci, le sang coule d'abord à cause de la division des vaisseaux; bientôt après il ne suinte plus de ses bords qu'une sérosité roussâtre, qui disparaît durant l'inflammation; enfin, la suppuration arrive, les bords s'affaissent, et la cicatrisation s'opère. Mais après l'accouchement naturel, que voit-on de semblable dans la matrice? D'abord, ce viscère ne souffre aucune sorte de lésion; car le placenta et les membranes n'étant que contigus à sa surface interne, leur décollement ne peut être une véritable déchirure, comme le supposait le célèbre commentateur de Boerhaave; donc on n'a point à redouter l'hémorrhagie, l'inflammation, ni la suppuration qu'on observe dans une plaie; et la prétendue analogie de ces phénomènes avec ceux des lochies n'est rien moins qu'exacte. Si la matrice, après l'accouchement, rend d'abord du sang pur, et ensuite une sérosité dont la couleur ressemble à celle du pus ou du lait, ce n'est pas parce qu'elle s'est enflammée, mais parce qu'elle achève de se dégorger pour revenir à son volume naturel. Les lochies ne ressemblent pas non plus aux fleurs blanches, quant à leur origine; car celles-ci tiennent à une irritation accidentelle de la membrane interne de la matrice, et celles-là ne sont qu'un effet de la contraction naturelle de ce viscère.

Quoi qu'il en soit de la manière d'expliquer la génération des lochies, cette espèce d'excrétion utérine varie suivant une foule de circonstances, tant individuelles qu'hygiéniques, telles que le tempérament, la constitution, l'âge et la manière de vivre de la femme, le régime qu'elle suit dans ses couches, la sensibilité propre des organes génitaux, la saison, le climat, l'état habituel de la menstruation, les affections morales. L'expérience atteste aussi que l'allaitement diminue l'abondance et la durée des lochies. Mais rien n'est moins prouvé que l'influence attribuée par Hippocrate au sexe de l'enfant sur l'écoulement lochial de la mère. Une fille n'est ni plus impure qu'un garçon, ni plus propre à prolonger la durée des vidanges.

Les parois de la matrice ne se dégorgent pas toujours avec facilité, parce que les extrémités de ses vaisseaux sont dans un état de spasme; d'ailleurs les caillots qui se forment dans la cavité de ce viscère, après l'accouchement naturel, peuvent y être retenus plus ou moins de temps, à cause de leur volume excessif, ou à cause du

resserrement de l'orifice utérin. De là, de nouvelles contractions et de nouveaux efforts pour les expulser; de là enfin ces douleurs plus ou moins semblables à celles du travail, et auxquelles on a donné le nom de *tranchées utérines*. Elles sont plus ou moins aiguës, suivant la sensibilité de l'individu, et surtout de la matrice en particulier. On les observe plus tôt ou plus tard, mais toujours dans les premières vingt-quatre heures qui suivent la délivrance; leur durée varie depuis un ou deux jusqu'à trois ou quatre jours. La femme en est peu tourmentée après un long et pénible accouchement, soit parce que la matrice a eu plus de temps alors pour se dégorger durant le travail, soit parce que son orifice, trop relâché, ne peut se contracter que faiblement pour s'opposer à l'issue des caillots. Voilà sans doute pourquoi, après le premier accouchement, qui, toutes choses égales, est plus long et plus difficile que les autres, l'absence des tranchées utérines dédommage de la violence et de la durée des souffrances qui ont précédé.

Ces sortes de douleurs consécutives, quand elles sont causées par la résistance d'un caillot, s'étendent et se dirigent du nombril vers le siége, comme celles du travail. Elles ne sont pas continues; elles sont au contraire entrecoupées par des intervalles qui deviennent de plus en plus longs, et dans lesquels rien ne coule de la matrice. Seulement le calme qui succède à chacune de ces quintes douloureuses est marqué par un caillot ou par un liquide dont la femme se sent mouillée. Tels sont les caractères qui distinguent cette espèce de tranchées, d'avec celles qui sont occasionées par l'engorgement des parois de la matrice ou par la crispation de ses extrémités artérielles. Celles-ci attaquent ordinairement les femmes qui sont tourmentées de coliques durant la menstruation; elles sont plus douloureuses et plus opiniâtres que les précédentes, et ne sont point suivies de caillots de sang. Enfin elles laissent la matrice volumineuse et son orifice toujours ouvert; d'où il résulte que le sang coule en même temps.

Du troisième au quatrième jour après la délivrance, quelquefois plus tôt, rarement plus tard, lorsque les lochies puriformes cessent, et pendant que les tranchées durent encore, il s'opère, dans toute l'économie de la femme, une espèce de trouble ou de révolution éphémère, à laquelle on donne le nom de *fièvre de lait*; peut-être mériterait-elle encore mieux celui de *fièvre puerpérale*, parce qu'elle est une suite naturelle de l'accouchement. Quoi qu'il en soit, les physiologistes ne sont pas d'accord sur la cause de ce mouvement fébrile. Les plus vulgaires l'attribuent au reflux du lait qui, après l'accouchement, se porte de la matrice aux mamelles, comme si ce liquide avait été destiné à nourrir le fœtus durant la grossesse, ou s'il ne s'était pas déjà formé dans le sein de la mère avant la fièvre de lait, et même quelquefois avant le travail de l'enfantement. Van-Swieten, en adoptant en partie l'opinion précédente, regarde cette fièvre comme un effet de l'inflammation et de la suppuration utérines qui succèdent à la délivrance. Mais nous avons déjà fait sentir tout le vide et tout le ridicule de cette hypothèse.

Enfin, ne serait-ce pas confondre l'effet avec la cause, que d'attribuer uniquement la fièvre de lait à la distension des mamelles, comme l'enseigne le professeur Monteggia? Tout nous porte donc à croire que cette révolution laiteuse n'est qu'une sorte de crise provoquée par la nature, pour rétablir l'équilibre dans tout l'organisme de la femme. En effet, pendant la grossesse, la matrice était devenue un centre d'action ou de vitalité, qui maîtrisait, pour ainsi dire, toutes les fonctions, et les faisait concourir d'une manière plus ou moins immédiate au développement du fœtus. Mais l'accouchement terminé, ce viscère se contracte, et repousse les mouvemens fluxionnaires qui venaient y aboutir, et dont il n'a plus que faire. De là cet embarras momentané, cette pléthore vasculaire, en un mot, cette réaction fébrile qui n'est que le premier degré de la fièvre inflammatoire, et dont le résultat est la direction des propriétés vitales vers les mamelles, où elles augmentent et perfectionnent l'excrétion laiteuse.

Toutes les femmes ne sont pas également disposées à la fièvre de lait. Celles dont la transpiration est très-abondante en sont presque exemptes; il en est de même de celles qui nourrissent, de celles qui ont peu de lait, de celles qui se livrent habituellement à des travaux pénibles, de celles qui vivent avec sobriété, et de celles qui ont des règles modérées.

Quelques praticiens assurent avoir observé cette fièvre durant le travail; mais il est difficile de concevoir une telle anticipation, surtout quand l'accouchement est naturel. Si la révolution laiteuse n'a pour but que de favoriser la sécrétion ou l'élaboration du lait dans le sein, pourquoi s'opérerait-elle avant que le fœtus ait cessé de communiquer avec la matrice, ou avant qu'il soit venu au monde? Il est vrai que, chez plusieurs femmes, les mamelles sont gorgées de lait avant l'accouchement, ou pendant les derniers mois de la grossesse; mais ce n'est point là un effet de la fièvre dont nous parlons. Ce n'est qu'un résultat de la sympathie ou correspondance entre la matrice et les mamelles : sympathie admirable que le père de la médecine avait si bien observée, et qui démontre que l'intention de la nature n'est pas d'abandonner l'enfant après sa naissance.

Au début de la fièvre de lait, la nouvelle accouchée ressent un peu plus de malaise qu'à l'ordinaire; sa peau est plus sèche; quelquefois elle éprouve des frissons vagues. Peu de temps après, il se forme vers le sein une sorte d'irradiation que des physiologistes attribuent à l'ascension du lait; les mamelles se gonflent, se tendent, et deviennent douloureuses; il s'y manifeste des élancemens; les lochies se suppriment; peu à peu le pouls s'anime et s'accélère; la respiration se presse, la chaleur augmente; le visage se colore; les yeux étincellent, la soif est plus ou moins vive; il y a constipation, mal de tête, quelquefois une sorte de léger délire ou de rêvasserie. Dans la plus haute période, le gonflement du sein se propage jusqu'aux clavicules et aux aisselles. La femme alors est obligée d'écarter les bras, qu'elle ne peut approcher du tronc sans souffrir; la respiration est plus ou moins gênée.

Cet état d'érétisme ou d'excitation ne dure guère que vingt-quatre heures, au bout desquelles il survient une détente générale. Alors tous les symptômes s'apaisent, les lochies reprennent leur cours, la femme se plaint de picottemens incommodes, et se sent bientôt inondée d'une sueur abondante, dont l'odeur aigre fait croire au vulgaire que le lait s'échappe par les pores de la peau. Le gonflement du sein diminue aussi, et le lait coule, pour ainsi dire, à flots. C'est ainsi que se juge la fièvre de lait, et que le calme se rétablit dans toute l'économie.

On peut encore considérer comme une des suites de l'accouchement, même le plus naturel, le relâchement des parois abdominales, ainsi que les rides ou les vergetures qui en sillonnent la surface cutanée. La matrice, en se développant d'une manière lente, mais continue et graduée, repousse le péritoine, les muscles abdominaux, le tissu cellulaire et la peau. Distendus outre mesure pendant la grossesse, et fatigués par le travail de l'accouchement, ces organes tombent, après l'expulsion du fœtus, dans une sorte d'atonie qui ne leur permet plus de recouvrer leur ancien état. C'est de cette même cause que dépendent la disposition à la lipothymie ou à la syncope, et l'engorgement des viscères abdominaux chez la femme qui vient d'accoucher. Le vide plus ou moins prompt de l'abdomen, joint au relâchement de ses parois, fait que le sang et les autres fluides n'éprouvent plus la même résistance en parcourant les vaisseaux qui arrosent cette cavité splanchnique. Ils y affluent donc des parties supérieures et s'y précipitent, comme après la déplétion trop subite de l'abdomen chez un hydropique à qui l'on fait l'opération de la paracenthèse.

ARTICLE II.

Des soins que la femme exige après la délivrance.

Si la femme n'est point malade après un accouchement naturel, elle est au moins disposée à le devenir; car elle a été plus ou moins affaiblie par le travail, et sa sensibilité s'est exaltée; la matrice conserve plus de volume et de pesanteur qu'à l'ordinaire, ce qui la rend plus sujette à se déplacer; les parois abdominales sont flasques et presque sans ressort; le vagin et la vulve ont été distendus, froissés, contus par la tête du fœtus; enfin, les lochies peuvent se déranger, et la révolution du lait peut être plus ou moins orageuse. Concluons donc que, si la femme doit se passer de médicamens après un accouchement conforme au vœu de la nature, elle a néanmoins des précautions à prendre ou des écarts à éviter, jusqu'à ce que tout soit rétabli dans l'ordre.

Immédiatement après la délivrance, que l'accoucheur s'empresse de porter une main sur l'hypogastre de la femme, pour examiner si la matrice se contracte, ou revient sur elle-même. C'est alors un bon signe que de trouver au-dessus du pubis et sous la vessie un corps de la grosseur du poing, dur et arrondi; c'est une preuve que la matrice jouit de sa contractilité, et qu'on n'a point à craindre

l'inertie de ce viscère, ni l'hémorrhagie qui en dépend. Que si l'on trouve, au contraire, en palpant l'hypogastre, un corps mollasse et sans énergie, il faut y pratiquer de légères frictions, pour exciter les contractions utérines. La main ne découvre-t-elle rien qui indique la présence de la matrice, ou sent-elle un vide en forme de cul-de-lampe, il est à craindre que ce viscère n'ait été entraîné ou son fond renversé par la délivrance; on s'en assure alors, en introduisant sur-le-champ le doigt indicateur dans le vagin, et on prend les mesures nécessaires pour replacer ou réduire la matrice.

Lorsque ce viscère s'est dégorgé, et qu'il ne rend plus de sang liquide, il faut changer la femme de lit, à moins qu'on n'ait à craindre des accidens. Plus on la laisse sur le lit de travail après la délivrance, plus elle est agitée ensuite, quand elle passe dans celui où elle doit rester le temps des couches. D'ailleurs, le repos qu'elle prendrait sur le premier ne serait qu'imparfait et peu salutaire à cause de l'ordure et de l'humidité dégoûtante où elle croupirait.

Qu'on se garde bien de permettre à l'accouchée de se tenir debout ou de marcher pour se rendre à son lit; il faut qu'on l'y transporte, mais avant on a soin de la changer de linge. On renouvelle sa coiffure, surtout quand elle a sué pendant le travail, et on couvre plus ou moins sa tête, suivant l'habitude et la saison; on lui passe une chemise propre, pour l'ordinaire fendue en devant, qu'on a soin de sécher et de chauffer légèrement; on garnit son cou et ses épaules d'un fichu, et on lui fait endosser une camisole plus ou moins chaude, suivant la température habituelle de l'air. On lui applique aussi une serviette ouvrée ou un morceau d'ouate sur le sein, pour le garantir du froid, si c'est en hiver; et on lui entoure le ventre d'un bandage médiocrement serré, ou d'une ceinture élastique, pour en soutenir les parois, pour prévenir la syncope, ainsi que la hernie et l'engorgement des viscères abdominaux; peut-être aussi pour favoriser l'écoulement des lochies, et pour rendre les tranchées plus supportables, en fournissant un point d'appui à la matrice.

Il est des femmes qui compriment leur sein, et y appliquent même des topiques astringens, pour empêcher le lait de s'y porter, et d'en altérer la forme et la beauté; c'est à l'accoucheur de s'élever contre de tels abus, et d'en faire sentir les dangereux inconvéniens. Une mère peut-elle être assez légère et assez imprudente pour acheter, au prix de sa santé et de sa vie, le futile avantage de conserver quelques appas? Peut-il y avoir pour elle de plaisir comparable à celui qu'elle goûte en allaitant ses enfans?

Peu, Mauriceau et de Lamotte se sont aussi récriés contre le bandage de corps; mais, loin de le proscrire entièrement, ils n'en ont condamné que le mauvais usage. Il y a des femmes qui, pour diminuer leur ventre après l'accouchement, pour en prévenir les rides, et surtout pour recouvrer cette finesse de taille que la grossesse avait fait disparaître, se font, pour ainsi dire, garrotter le corps au-dessus des hanches, et s'exposent ainsi à l'inflammation

des viscères abdominaux, à la suppression des lochies, à l'apoplexie, etc. Or, de tels accidens ne sont point à craindre quand on applique sur le ventre de l'accouchée un bandage simplement contentif, tel que le conseillent Smellie, Antoine Petit, Baudelocque, Alphonse Le Roy, et tous les bons praticiens.

Deux serviettes suffisent pour ce bandage; l'une, douce et mollette, est pliée en forme de carré ou de triangle, et appliquée sur l'hypogastre; l'autre, plus forte, est pliée en long, et fait le tour du corps. Comme le volume de la matrice diminue chaque jour, et que le ventre s'affaisse, ce bandage se relâche, et se déplace nécessairement; on doit donc le renouveler de temps en temps, et le serrer un peu plus chaque fois.

La femme ainsi habillée, le sein garni, et le ventre soutenu, on essuie légèrement avec une éponge trempée dans l'eau tiède, ou dans une décoction mucilagineuse, les parties génitales externes, et le haut des cuisses, qui ont été plus ou moins souillés de sang. On applique ensuite contre la vulve, sans la boucher exactement, un chauffoir ou un linge plié en plusieurs doubles, blanc de lessive, sec et pas trop rude ni trop froid. Enfin, on transporte la femme dans son lit, qu'on a soin de préparer d'avance, en le garnissant de draps blancs, d'alèzes et de couvertures, suivant la saison. Si le temps est rigoureux, on y passe la bassinoire pour en ôter l'humidité; mais alors on attend que les vapeurs, dégagées de la braise ou du charbon, se soient dissipées, avant d'y placer la femme.

Tels sont les soins qu'exige l'accouchée depuis la délivrance jusqu'à ce qu'elle soit dans son lit. Passons maintenant aux soins et au régime de la femme en couches.

ARTICLE III.

Des soins et du régime des femmes en couches.

Que l'appartement de la femme en couches soit parfaitement sain; qu'on le choisisse commode, vaste, propre, bien aéré, loin du tumulte et du grand bruit. Celui qui donne à l'est ou au nord est préférable à celui qui regarde le midi ou le couchant. En hiver, on y allumera du feu pour en adoucir la température et pour en dissiper l'humidité. Dans le cœur de l'été, on y entretient une douce fraîcheur, en y tenant de l'eau en évaporation, ou en l'arrosant de temps en temps. L'air doit être pur et exempt de tout mélange nuisible ou délétère, tel que la vapeur du charbon, les miasmes des marais ou des hôpitaux, les émanations des latrines, l'odeur des poêles, et même de certaines fleurs qui portent à la tête; qu'on le renouvelle aussi de temps en temps pour le purifier, le matin en été, et l'hiver à midi; qu'on enlève soigneusement l'urine, les excrémens, le linge sale et surtout l'arrière-faix, après que la femme est délivrée. Le jour, lorsque la lumière sera trop vive, on en modérera l'impression en fermant les volets, et la nuit on se

contentera d'allumer une simple veilleuse, qu'on aura soin de cacher dans la cheminée, ou de placer dans une pièce voisine.

Le lit de l'accouchée doit tenir un juste milieu entre une dureté excessive et une mollesse voluptueuse. Il ne sera placé ni dans l'endroit où l'air circule trop librement, comme auprès de la porte ou des croisées, ni dans celui où il croupit, comme dans les alcôves trop enfoncées; les rideaux n'en seront fermés exactement que pendant le renouvellement de l'air. C'est ici que la plus grande propreté est nécessaire; qu'on change donc les alèzes, les chauffoirs, les bandages, même les draps et le linge de corps, toutes les fois qu'ils ont été mouillés par la sueur ou salis par l'écoulement des vidanges. Rien de plus opposé aux préceptes de l'hygiène que de laisser la femme dans les mêmes vêtemens jusqu'au septième jour; il faut seulement avoir l'attention, quand on la change, de n'en jamais donner de froids ni d'humides.

Antoine Petit conseillait aux femmes de se faire couper les cheveux avant d'accoucher ou à la suite des couches, pour favoriser la transpiration de la tête; mais cette pratique ne serait pas moins dangereuse ici qu'après une maladie aiguë. La chevelure est le vêtement naturel de la tête; l'en dépouiller, c'est l'exposer à l'impression plus ou moins brusque du froid, et aux maux qui en dérivent, surtout lorsque le corps a été plus ou moins affaibli, comme après l'accouchement. Que la femme qui porte de la poudre se peigne à fond avant d'accoucher, c'est une très-bonne précaution. En se décrassant ainsi la tête, elle prévient la céphalalgie, et peut-être aussi des éruptions que causeraient la pommade et la poudre en s'échauffant ou en s'altérant sur le cuir chevelu.

Chez la femme en couches, on doit surtout avoir soin d'entretenir la propreté de la vulve et des parties génitales externes. On y fera donc de temps en temps des lotions adoucissantes avec quelque décoction mucilagineuse, telle que l'eau de guimauve, ou le lait dans lequel on aura fait bouillir une poignée de cerfeuil. Qu'on se garde bien d'y appliquer des spiritueux ou des astringens; car, outre que ces topiques pourraient supprimer les lochies et enflammer les parties déjà irritées par le travail de l'accouchement, ils ne produiraient point l'effet qu'on leur attribue et qu'on désire, de rendre à la vulve sa tonicité et son élasticité naturelle. Si l'on est obligé de consentir à de telles applications, que ce ne soit au moins jamais pendant les premiers jours des couches, mais seulement après l'écoulement des lochies, époque où elles peuvent être inutiles, mais jamais nuisibles.

Quels alimens faut-il accorder à la nouvelle accouchée? doit-elle observer une diète sévère, comme si elle avait été dangereusement malade? Non : celle qui nourrit n'a presque rien à changer à sa manière de vivre ordinaire, parce que les suites de ses couches sont rarement orageuses; quant aux autres, on doit avoir égard à l'âge, au tempérament, à l'appétit, à l'habitude, et surtout à la manière dont l'accouchement s'est terminé. C'est un usage assez généralement reçu de leur faire prendre un bon consommé ou

un verre d'eau rougie après la délivrance; ensuite on leur sert deux ou trois potages légers par jour, au riz ou autrement, jusqu'à la fièvre de lait, pendant laquelle on ne leur donne que du bouillon et de la tisane; après cette révolution, on leur permet un peu de légumes bien préparés, des œufs frais, du poisson léger, du poulet rôti ou bouilli. Ce régime peut convenir à quelques individus privilégiés, doués d'une bonne santé, dont le travail de l'accouchement a été court, peu laborieux, et dont rien ne trouble l'état ou disposition habituellement saine; mais on doit être plus réservé pour les alimens à l'égard des nouvelles accouchées, qui sont dans des conditions moins avantageuses. Dans tous les cas, la sévérité est ici moins redoutable que l'excès contraire.

Toutes les femmes n'ont ni le même goût, ni la même force digestive; elles ne peuvent donc prendre toutes ni la même qualité ni la même quantité de nourriture. Dans le repas, on leur donne pour boisson un peu de bon vin coupé avec un tiers ou partie égale d'eau. Dans les intervalles, rien de plus propre à prévenir ou à modérer la soif, que l'eau d'orge, de chiendent ou de réglisse, l'eau sucrée, ou l'eau commune édulcorée avec un peu de sirop de guimauve, de capillaire, de vinaigre ou de groseille, suivant les circonstances. Une légère infusion de fleurs de tilleul, de camomille ou de feuilles d'oranger, de menthe ou d'hysope, est plus ou moins indiquée, selon que la femme est nerveuse, tourmentée de flatuosités ou dans un état de relâchement. Que l'accoucheur ne soit jamais assez complaisant pour permettre certaines boissons usitées parmi les femmes du peuple, telles que les rôties au sucre et à la cannelle, l'eau-de-vie, le café pur, etc. Ces liqueurs excitantes et incendiaires, tout au plus tolérables chez la femme faible et lymphatique, produiraient les plus grands désordres chez celle qui serait naturellement sanguine et irritable.

Des accoucheurs placent l'accouchée horizontalement sur le dos, et lui interdisent toute espèce de mouvement pendant les premières vingt-quatre heures; mais à quoi bon cette gêne, surtout quand il n'y a point d'accident à craindre? Rien ne délasse autant la femme que la liberté de se mouvoir dans son lit, de se placer sur le côté ou de se lever sur son séant. Cette dernière attitude peut même favoriser l'écoulement des lochies, dissiper le mal de tête, l'anxiété ou le malaise que peut causer le séjour du lit.

Adopterons-nous la pratique de de Lamotte, qui défend à la femme de dormir pendant les trois ou quatre premières heures après l'accouchement, sous prétexte de prévenir une perte utérine? Mais cet accident serait-il donc moins à craindre chez la femme qu'on irriterait en la tenant éveillée, pendant qu'elle serait invinciblement portée au sommeil? D'ailleurs, cet état de repos s'opposerait-il à la contraction de la matrice, et l'expérience ne confirme-t-elle pas que nombre de femmes s'endorment immédiatement après être accouchées, sans périr d'hémorrhagie? Une précaution bien plus salutaire pour la femme, c'est qu'elle ne se livre à aucun exercice ayant la fièvre de lait; et s'il est nécessaire de faire son

lit, ou d'en changer les draps et les alèzes, qu'on la transporte sur un autre préparé à cet effet. Elle peut se lever un peu chaque jour, après la révolution laiteuse; mais elle ne doit marcher ou rester debout qu'après neuf ou dix jours; encore si les symphyses ou articulations du bassin avaient été excessivement relâchées durant la grossesse, ou fatiguées par le travail, devrait-elle garder le lit pendant plusieurs semaines, et observer le repos, sous peine de claudication. Quant à sa première sortie, elle fera très-bien de la différer jusqu'à la cessation des lochies, et elle choisira pour cela un jour où l'air ne sera ni froid ni humide; elle aura soin de se bien vêtir, et si la religion la conduit au temple, qu'elle y soit peu à genoux, et qu'elle y reste seulement le temps nécessaire pour la cérémonie; qu'elle n'oublie pas surtout ce jour-là de porter son bandage de corps : on ne doit le quitter qu'au bout de six semaines ou de deux mois, et la prudence veut que, pendant cet intervalle, on évite soigneusement tout ce qui peut être contraire à la santé, tels que les alimens de mauvaise digestion, les exercices qui fatiguent, etc.

Rien de plus vulgaire que d'attribuer au lait la plupart des maladies qui attaquent les femmes, même long-temps après leurs couches. De là aussi l'idée triviale de lait répandu ou dévié, et cette foule d'anti-laiteux qui surchargent les anciennes pharmacopées: prétendus spécifiques qui, au fond, ne sont autre chose que des purgatifs, le plus souvent drastiques, diurétiques, ou des sudorifiques. Mais la science n'est-elle pas trop avancée aujourd'hui, pour adopter de tels remèdes, et ne sait-on pas que, sans la succion habituelle, la sécrétion du lait ne continue pas long-temps de se faire aux mamelles? Qu'on laisse donc agir la nature, qui seule est capable de rétablir l'équilibre dans l'économie de la femme. Entreprendre de la diriger mal à propos, c'est lui faire prendre une fausse route; c'est porter le trouble et le désordre dans une opération qui ne demande qu'un peu de patience et quelques légères précautions. Que la femme ne commette aucun écart dans le régime, voilà le point essentiel. Dès-lors tout ira comme de soi-même et parfaitement bien. L'urine coulera avec facilité, le ventre sera libre, la peau transpirera, les lochies continueront leurs cours, et le lait tarira ou disparaîtra peu à peu des mamelles. La femme n'aura donc pas besoin de recourir aux purgatifs pour réveiller la paresse de l'intestin, ni de charger sa tête de bonnets ou son corps de couvertures pour provoquer la sueur; qu'elle prenne quelques lavemens, si elle est trop constipée; qu'elle aiguise sa tisane ordinaire avec quelques grains de nitre, et qu'elle en boive plus qu'à l'ordinaire durant la fièvre de lait; cela suffit pour favoriser l'abondante moiteur qui paraît être la terminaison critique de cette révolution éphémère, après laquelle la santé se rétablit et tout rentre dans l'ordre.

C'est une vérité généralement reconnue que la femme jouit d'une extrême sensibilité durant ses couches, et que le système nerveux acquiert chez elle une mobilité et une susceptibilité qu'un

rien peut ébranler. Que de ménagemens n'exige-t-elle donc pas aussi sous le rapport du moral! Il faut bien se garder de l'aigrir et de l'irriter; des sensations douces, des passions modérées, des affections calmes, voilà ce qui lui convient. La colère, la terreur, la joie excessive, la tristesse et le chagrin, l'amour et la haine troubleraient son âme, et acheveraient de bouleverser l'économie, déjà affaiblie par le travail de l'enfantement. Qu'on ne fasse jamais rouler devant elle la conversation sur des objets propres à l'affecter d'une manière vive, tels que la perte ou le gain d'un procès, la mort, la maladie ou l'absence d'un époux; qu'on ne lui permette non plus aucune lecture qui puisse la captiver ou l'émouvoir. Le sexe de l'enfant doit lui être soigneusement caché jusqu'à ce qu'elle se soit familiarisée ou habituée avec le plaisir d'être mère. S'il vient au monde privé de la vie ou mal conformé, c'est un malheur qu'il ne faut lui annoncer qu'avec discrétion, et en prenant toutes les mesures pour en diminuer la gravité et l'amertume.

Il est assez naturel qu'une mère pleure et se lamente quand elle voit emporter son enfant par la nourrice : on tâchera donc de modérer le chagrin que cause cette séparation, et on ne l'abandonnera point à elle-même, de crainte qu'elle ne s'abîme dans sa douleur. Une précaution bien essentielle, c'est de consigner à la porte de l'accouchée toutes les personnes importunes que l'étiquette ou la mode amène chez elle pour la féliciter. Les parens, quelques amis, et les gens indispensablement attachés à son service, sont les seuls qu'on puisse introduire auprès d'elle; mais on doit éloigner, sans distinction, tous ceux dont la présence pourrait troubler le calme et le repos dont elle a besoin, tant au moral qu'au physique. Les anciens savaient bien apprécier l'état de la femme en couches, et l'on ne peut qu'applaudir aux mesures qu'ils avaient adoptées pour la mettre à l'abri de tout accident. A Sparte, elle était affranchie de tout compliment fade, ennuyeux et mensonger; à Rome, on suspendait une couronne à la porte de la maison qu'elle habitait, comme pour avertir les passans et les voisins de respecter cet asile; enfin, dans des temps plus modernes encore, le magistrat de Harlem n'accordait-il pas une espèce de sauve-garde à la demeure d'une femme en couches, et l'approche n'en était-elle pas défendue aux créanciers, à l'appariteur et à tout suppôt de justice?

TROISIÈME PARTIE.

De l'Accouchement non naturel.

Nous avons déjà dit, et l'expérience atteste, que l'accouchement peut se terminer par les seules forces de la nature, non-seulement lorsque l'enfant vient par la tête, mais encore lorsqu'il présente les pieds, les genoux et les fesses. Pourquoi donc les accoucheurs en général n'appelleraient-ils *accouchement contre nature* que celui où l'enfant présente toute autre partie que le sommet de la tête? Pour nous, plus partisans de la vérité qu'esclaves d'un ancien usage, nous considérerons seulement comme tel l'accouchement qui, impossible par les efforts de la femme, réclame plus ou moins impérieusement le secours de l'art; et nous le diviserons en *manuel* et en *mécanique,* selon que la main seule pourra le terminer, ou qu'elle sera obligée de s'armer d'un ou de plusieurs instrumens. Nous rejetterons donc comme impropre et inexacte, la dénomination d'*accouchemens laborieux,* uniquement réservée, dans les livres élémentaires, à l'accouchement où l'on se sert de quelque instrument. Le praticien exercé n'ignore point que ce dernier est souvent moins pénible pour l'accoucheur, et moins dangereux pour la mère et pour l'enfant que l'accouchement manuel.

CHAPITRE PREMIER.

De l'accouchement manuel, ou que la main seule peut terminer.

Quoique l'accouchement manuel soit infiniment rare, et qu'il n'ait, pour ainsi dire, aucun rapport fixe ou déterminé avec l'accouchement naturel, il est néanmoins indispensable à l'homme de l'art d'en approfondir la théorie, et de s'en rendre la pratique familière. L'une se réduit à connaître les causes ou les circonstances qui nécessitent le ministère de la main, à déterminer le genre et l'espèce d'accouchement qui résultent alors de la position du fœtus à l'égard du bassin, et à prévoir le danger que courent l'enfant et la mère; l'autre consiste à bien exécuter la manœuvre ou le procédé opératoire par lequel on peut venir au secours de l'un ou de l'autre, ou de tous les deux à la fois.

ARTICLE PREMIER.

Des causes ou circonstances qui nécessitent le ministère de la main pour terminer l'accouchement.

La main est nécessaire en général, soit qu'il faille venir au secours de la nature absolument impuissante, soit qu'on ne puisse abandonner l'accouchement à lui-même, sans compromettre le salut de la mère ou de l'enfant.

1°. Les causes ou les circonstances qui rendent la nature absolument impuissante peuvent tenir à la mauvaise conformation du bassin, ou à la mauvaise situation de l'enfant. Mais il est évident que la première appartient plus à l'accouchement mécanique qu'à celui dont il est question ici. Que peut en effet la main d'un accoucheur, quelque habile qu'il soit, contre les vices du bassin? Elle n'a pas plus la faculté d'augmenter les dimensions de ce canal, quand il est étroit, que de diminuer celles du fœtus, quand il est monstrueux ou excessivement volumineux. Elle ne peut que changer ou corriger la situation de l'enfant, pour la rendre meilleure et plus conforme au vœu de la nature. A la vérité, elle peut aussi extraire le produit de la conception hors de la matrice, mais il faut alors qu'il ne soit pas disproportionné à la largeur du bassin; sans cette condition, le ministère de la main est absolument inutile ou au moins insuffisant. Nous nous bornerons donc ici à parler de la mauvaise situation de l'enfant, puisque c'est la seule cause essentielle d'impuissance qui soit du domaine de l'accouchement manuel.

L'enfant est mal situé toutes les fois qu'au lieu de l'une des extrémités de la forme ovoïde, sous laquelle il est ployé dans la matrice, il présente au détroit supérieur quelqu'une des faces du tronc. Il est encore mal situé, lorsque la tête, au lieu du sommet, ne présente que le visage, l'occiput ou les tempes, dont les dimensions excèdent la largeur du bassin; enfin, l'enfant est mal situé ou mal dirigé, lorsque les pieds, les genoux ou les fesses, arc-boutés contre quelqu'un des points du bassin, y restent fixes et immobiles, malgré les efforts les plus énergiques de la matrice.

2°. Il y a aussi des causes ou des circonstances accidentelles, qui, sans rendre la nature absolument impuissante, comme les précédentes, compromettraient néanmoins la vie de l'enfant ou de la mère, et souvent de l'un et de l'autre, si l'on abandonnait l'accouchement à lui-même; tels sont, de la part de la mère, l'hémorrhagie, les convulsions, la faiblesse et la syncope plus ou moins fréquentes, l'épuisement des forces, la diminution et la cessation des douleurs, une hernie irréductible ou menacée d'étranglement, un anévrisme caché ou apparent du cœur, de l'aorte, des carotides ou des sous-clavières, quelquefois l'obliquité de la matrice et le resserrement de son col sur le cou de l'enfant; tels sont encore, de la part de celui-ci, la sortie du cordon ombilical, son peu de longueur, son entortillement autour du cou, du tronc ou des membranes, la présence de plus d'un enfant dans la matrice, etc.

SECTION PREMIÈRE.

De l'hémorrhagie considérée comme cause accidentelle de l'accouchement manuel.

La femme qui accouche est exposée à perdre plus ou moins de sang par le nez, par la bouche ou par l'utérus. Toujours apparente dans les deux premiers cas, l'hémorraghie paraît être causée par le refoulement du sang vers la poitrine et la tête, lequel résulte de la pression que la matrice exerce sur les gros vaisseaux de l'abdomen. Aussi est-elle toujours active alors, et l'observe-t-on le plus fréquemment chez les femmes fortement constituées, pléthoriques ou sanguines, et dont le corps est trapu ou ramassé, surtout lorsqu'elles ont négligé de se faire saigner pendant la grossesse, et qu'elles se livrent, pendant le travail, à de grands efforts, pour se débarrasser du produit de la conception.

Le danger qu'elles courent à cause de ces accidens, et par conséquent les moyens que l'accoucheur doit employer pour venir à leur secours, varient suivant la quantité de sang qu'elles crachent, ou qui coule par le nez. Si la femme en travail est pléthorique, et que l'hémorrhagie nasale ou pulmonaire soit peu abondante, il peut être avantageux de relâcher ses vêtemens, de la relever sur son séant, de la mettre à l'usage de quelque boisson rafraîchissante, même de pratiquer une saignée du bras. Mais lorsque tous ces moyens sont inutiles, et que la femme risque de s'épuiser en perdant tout son sang, n'y aurait-il pas de l'impéritie à compter sur les ressources de la nature, et à lui refuser le ministère de l'art?

L'hémorrhagie utérine est encore plus grave ou plus sérieuse que la précédente, et mérite toute l'attention du praticien. On la divise communément en externe ou apparente et en interne ou latente, selon que le sang coule au dehors, ou s'accumule dans la cavité de la matrice. La première suppose nécessairement l'ouverture de l'orifice utérin, et par conséquent la fin prochaine de la grossesse, ou un commencement de travail. Elle arrive presque toujours lorsque le placenta s'est implanté sur le col de la matrice ou dans les environs. C'est au moins ce que l'expérience a constaté jusqu'ici, et ce que le raisonnement fait très-bien concevoir : car alors il est impossible que le travail se déclare ou fasse des progrès, sans que l'orifice utérin se dilate par degrés et que le placenta se décolle dans la même proportion. L'hémorrhagie apparente est donc de l'essence du travail de l'accouchement, si même elle ne s'est pas déjà manifestée avant la fin de la grossesse, ou lorsque le col de la matrice a commencé de concourir au développement de cet organe.

L'hémorrhagie, au contraire, est interne ou latente, dit-on, soit que le sang s'épanche dans l'espèce de cul-de-lampe ou de capsule formée par le placenta, dont le centre se décolle, tandis que ses bords ou les membranes seulement conservent encore leurs adhérences; soit qu'après la rupture du cordon ombilical il s'accumule dans la cavité de l'amnios, d'où il ne peut sortir, parce que cette

membrane n'est pas encore déchirée, ou parce que l'orifice utérin n'est pas ouvert, ou enfin parce qu'il est complètement bouché par la tête du fœtus qui s'y est engagée. Mais toutes ces causes ne sont-elles pas des suppositions gratuites, chimériques? Croira-t-on que le sang, après le décollement du placenta, puisse s'accumuler dans l'espèce de cul-de-lampe formé par ce corps, ou entre les membranes et la matrice, pendant le travail de l'accouchement? La sensibilité et la contractilité de ce dernier organe ne s'opposeraient-elles pas à ces sortes d'épanchemens, de congestions? La pratique ne nous a jamais rien offert de semblable, et nous avons eu beau consulter les auteurs, nous n'y avons trouvé aucune observation, aucun fait qui prouve l'existence d'un pareil phénomène. Il en est de même de la rupture du cordon ombilical pendant que le fœtus est encore dans les eaux de l'amnios. Elle nous paraît entièrement hypothétique. On ne l'a jamais observée, et ce qu'on lit à ce sujet dans les auteurs prouve qu'on s'est fait illusion et qu'on a pris des apparences pour des réalités. C'est au reste ce que nous tâcherons de prouver dans un mémoire particulier sur cette matière.

En attendant, nous déclarons ici, d'après notre propre expérience, ne pouvoir admettre d'autre hémorrhagie, pendant le travail de l'accouchement, que celle qui tient au décollement du placenta, et encore lorsqu'il s'est implanté sur le col utérin ou dans les environs. Nous avons été appelé auprès d'un assez grand nombre de femmes qui perdaient du sang pendant qu'elles étaient en mal d'enfant, ou vers la fin de la grossesse, et nous n'avons jamais vu couler ce fluide d'une autre source, ni pour une autre cause. Nous avons toujours trouvé le placenta greffé sur le col utérin, en totalité ou en partie, et dans aucun cas il n'était assez profondément situé dans la cavité ou vers le fond de la matrice, pour être inaccessible au doigt; aussi la perte ou l'hémorrhagie était-elle alors toujours externe; et voilà aussi pourquoi nous sommes maintenant si porté à nous méfier de tout ce qu'on a dit sur les prétendues hémorrhagies internes de l'utérus vers la fin de la grossesse ou pendant le travail de l'accouchement. Nous n'avons pas besoin de faire observer que les hémorrhagies utérines produites par le décollement du placenta sont purement passives; car le sang coule alors des extrémités béantes des vaisseaux utérins, comme d'une plaie faite par un instrument tranchant; il ne sort point par exhalation, comme dans les hémorrhagies actives occasionées et entretenues par une cause irritante.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic de l'hémorrhagie utérine, dont il est question ici, s'acquiert par le toucher. Le doigt, porté à travers le sang fluide ou coagulé qui remplit le vagin jusqu'à l'orifice de l'utérus, y trouve un corps mollasse, épais et inégal, dont la consistance empêche de le confondre avec un caillot qui est toujours friable. Quelquefois on ne sent point la poche des eaux; le plus souvent on en distingue, au contraire, une portion, soit à droite ou à gauche, soit en avant ou en arrière. Cela dépend

de ce que le placenta répond centre pour centre, ou seulement par son bord, à l'orifice utérin. Dans une circonstance, nous avons rencontré ce corps entièrement décollé et dans le vagin près de la vulve, où il avait été poussé par le travail de l'accouchement. D'autres fois, il n'en était descendu qu'un lambeau à côté des membranes qu'on sentait du côté opposé.

Le pronostic en général est d'autant plus alarmant, qu'il s'écoule une plus grande quantité de sang dans un temps donné, que l'écoulement en est plus continu, qu'il est plus accompagné ou suivi de syncopes, de convulsions, en un mot, que la femme est naturellement plus faible ou plus débilitée par l'hémorrhagie. Si le travail de l'accouchement vient à languir, et que le sang s'arrête, après avoir long-temps coulé, c'est un signe du plus mauvais augure. La pâleur du visage, l'absence de chaleur à la peau, la petitesse, l'intermittence, ou la suppression du pouls indiquent alors que la femme est épuisée, et qu'il ne lui reste qu'un souffle de vie. La pratique n'a que trop souvent confirmé cette fatale prédiction.

Le traitement prophylactique est nul ici, ou se réduit aux préceptes généraux de l'hygiène, qu'on conseille d'observer à la fin de la grossesse, ou pendant le travail de l'accouchement. On ne connaît en effet aucun moyen de prévenir l'implantation anormale du placenta sur le col de la matrice, ni l'hémorrhagie qui dépend de cette espèce d'erreur de lieu. D'ailleurs, quelles précautions y aurait-il à prendre contre un accident qu'on ne peut prévoir, puisqu'il arrive inopinément, même sans être précédé de douleurs utérines? Le sang coule alors, parce que ce corps se sépare du col, qui s'efface par degrés pour contribuer à l'ampliation de la matrice, à mesure que le fœtus y prend de l'accroissement, ou parce que son orifice se dilate pendant les progrès et par l'effet du travail pour lui livrer passage. Or, comment arrêter la marche de la grossesse ou de l'accouchement?

On est donc réduit à ne secourir la femme que lorsqu'on est averti de l'état où elle est par le sang qu'elle perd. D'abord, il s'agit de ralentir l'afflux de ce liquide vers la matrice, et d'en empêcher l'écoulement, en resserrant les extrémités plus ou moins béantes des vaisseaux utérins; ensuite il faut procéder à l'accouchement artificiel, lorsqu'aucun moyen ne pouvant arrêter l'hémorrhagie, la mère et l'enfant courent des dangers imminens. En prenant ce parti, qui est le dernier de tous, on peut les sauver l'un et l'autre, ou au moins l'un des deux, et surtout la mère, au lieu que, dans le cas contraire, ils sont tous les deux perdus sans ressource. Or, la raison et le bon sens ne permettent pas de balancer ou de délibérer, lorsque entre deux maux il faut éviter le pire.

Cependant les moyens de satisfaire à ces indications peuvent offrir quelques légères différences, suivant la vitesse et la quantité du sang qui s'écoule, et suivant l'état du col de la matrice, la constitution de la femme, etc.

En général, toutes les fois que la perte est lente et modérée, ou

qu'elle n'est accompagnée d'aucun symptôme alarmant, on doit essayer de l'arrêter, en ralentissant la circulation du sang. Pour cela, on exposera la femme à l'air frais, sur un matelas de crin plutôt que de laine; on lui donnera une position horizontale, de manière que le bassin soit un peu plus élevé que le tronc, et on ne la couvrira que fort légèrement. On choisira une chambre vaste et bien aérée, si cela est possible, afin qu'on puisse la rafraîchir plus facilement, surtout en été, soit en renouvelant l'air, soit en l'arrosant, ou en y plaçant des branches d'arbres vertes, qu'on humectera de temps en temps, selon le précepte d'Hippocrate et de Moschion. C'est ici qu'il importe d'éviter l'impression d'une trop vive lumière, ainsi que le tumulte ou le grand bruit; en un mot, tout ce qui, en troublant le repos du corps ou de l'âme, pourrait accélérer le cours du sang. Que la femme observe un silence absolu, et qu'elle évite jusqu'aux plus petits efforts, même pour aller à la garde-robe; si elle est constipée, des lavemens ou des laxatifs lui tiendront le ventre libre. Pour boisson ordinaire, on la mettra à l'usage des délayans et des rafraîchissans, tels que l'eau d'orge ou de riz acidulée, soit avec les sirops de limon, de vinaigre ou de groseille, soit avec le suc de citron ou d'orange. La saignée peut être utile à celle qui jouit d'une constitution pléthorique; mais celle qui est naturellement faible se trouvera mal de cette évacuation; enfin, les calmans, tels que les opiacés et les bains, conviennent spécialement à celle qui, trop nerveuse ou trop irritable, est sujette à des affections morales ou à des crispations spasmodiques. Dans tous les cas, il peut être avantageux d'appliquer des compresses trempées dans l'eau froide sur l'hypogastre, sur les aines, sur les lombes, sur les cuisses et sur la vulve, pourvu qu'on les renouvelle fréquemment et qu'on en continue long-temps l'usage. C'est un moyen qui, en produisant une astriction locale dans les vaisseaux du système utérin, peut y ralentir la circulation, et par conséquent modérer ou suspendre l'hémorrhagie. Mais nous ne saurions adopter ici l'application générale du froid sur le corps de la femme, soit en y versant des seaux d'eau glacée, soit en l'enveloppant de draps trempés dans l'eau froide. Ces sortes d'aspersions, outre que l'appareil en est effrayant et capable de causer de trop fortes impressions sur le moral de l'individu, peuvent encore refouler le sang de la circonférence au centre, et aggraver le mal qu'il s'agit de combattre; on ne peut donc y avoir recours sous quelque prétexte que ce soit.

Parlerons-nous des ligatures dont les anciens avaient coutume de serrer les membres abdominaux, pour s'opposer à l'afflux du sang vers la matrice? Mais l'observation semble attester qu'elles sont plus dangereuses qu'utiles; car le docteur Hamilton assure avoir rappelé des règles supprimées par le froid, en serrant avec un tourniquet des compresses longitudinales appliquées sur le trajet de l'artère crurale. Que faut-il penser aussi des astringens que Pasta, et plus récemment encore Kok de Bruxelles, ont conseillé

d'injecter dans l'utérus? D'abord, ces injections ne peuvent point parvenir dans ce viscère, lorsque l'orifice en est encore fermé. D'ailleurs, en pénétrant jusqu'à la source du sang, ne pourraient-elles pas déranger le caillot salutaire qui quelquefois lui sert de digue, ou bien augmenter le décollement du placenta et des membranes?

Lorsqu'aucun des moyens déjà indiqués ne réussit, pour arrêter ou modérer l'hémorrhagie utérine, et que l'on craint pour les jours de la femme, il ne reste plus d'autre ressource que l'accouchement artificiel. Ce n'est pas qu'il faille le terminer sur-le-champ, et extraire avec violence le fœtus hors de la matrice, comme les anciens, et surtout Louise Bourgeois, le recommandaient; il peut y avoir des circonstances où cette opération, pratiquée trop brusquement, ne serait peut-être pas moins funeste que l'hémorrhagie à laquelle on veut s'opposer. C'est donc à l'accoucheur de déterminer le temps et la manière de mettre la main à l'œuvre. Or, de deux choses l'une; ou bien le col utérin est encore épais et l'orifice peu ouvert, ou bien ces parties sont complètement disposées à permettre l'introduction de la main et le passage de l'enfant.

Dans le premier cas, il y a impossibilité physique d'entrer dans la matrice; il faut donc nécessairement attendre, quelle que soit l'abondance de la perte. Cependant on conseille alors de dilater assez l'orifice avec le doigt, pour rompre les membranes; par ce moyen, dit-on, l'hémorrhagie s'arrête quelquefois sur-le-champ, et la matrice se contractant sur le fœtus, ne tarde pas à l'expulser s'il est bien situé, surtout quand la femme a déjà fait des enfans. Mais quel avantage retirera-t-on de cette pratique, si la matrice est dans l'inertie, ou si le fœtus a pris une mauvaise situation? La patience et l'expectation seraient donc préférables, dans cette circonstance, à la rupture prématurée des membranes. Si l'on s'obstinait, au contraire, à terminer de suite l'accouchement, on risquerait d'irriter, de contondre, de déchirer et d'enflammer le col de ce viscère, en lui faisant violence. D'ailleurs, si l'hémorrhagie continuait, ne pourrait-on pas essayer encore de rendre le travail plus énergique, soit en faisant de légères frictions sur l'hypogastre, soit en agaçant avec un ou deux doigts l'orifice utérin? Enfin, ne pourrait-on pas modérer au moins l'écoulement du sang, en tamponnant le vagin et le col de la matrice avec des étoupes ou de la charpie trempées dans le vinaigre ou dans quelque autre styptique? A la vérité, ce dernier moyen ne peut point arrêter directement l'hémorrhagie, puisqu'il n'agit pas immédiatement sur les extrémités béantes des vaisseaux; mais en bouchant l'orifice de l'utérus, il s'oppose à l'issue du sang au dehors, et le détermine à se coaguler ou à former un caillot qui peut irriter cet organe et en solliciter la contraction. D'ailleurs, en admettant même que le tampon soit un remède douteux, n'est-il pas plus rationnel de le tenter que de se borner au rôle de simple spectateur dans une conjoncture aussi grave et aussi périlleuse? Tous les bons praticiens, dira-t-on, sont à peu près convaincus de son inutilité ou de son peu d'effet; ce-

pendant tous le conseillent, parce qu'ils n'ont rien de mieux à proposer, lorsque, le placenta étant implanté sur le col de l'utérus, l'orifice n'est pas assez ouvert pour permettre l'expulsion du fœtus ou l'introduction de la main. On conçoit, en effet, que, dans ce dernier cas, le tampon peut arrêter l'hémorrhagie, en déterminant la formation d'un caillot qui adhère au placenta; mais elle doit nécessairement se renouveler, lorsque les contractions utérines recommencent et augmentent la dilatation du col, à moins qu'on ne proportionne la grosseur du bouchon à l'ouverture progressive de l'orifice; ce qui ne paraît guère proposable qu'en théorie.

Il s'en faut bien que l'accoucheur soit dans le même embarras lorsque l'orifice de l'utérus est complètement dilaté; alors il n'y a plus de temps à perdre; dès qu'on ne peut plus compter sur les contractions utérines, et que l'hémorrhagie devient alarmante, il faut procéder à l'accouchement. Cependant, quelque célérité qu'exige l'état de la femme, on ne doit jamais trop se presser; il faut, au contraire, imiter cette lenteur que la nature a coutume de mettre dans tous ses procédés, même les plus simples. On commencera donc par rompre la poche des eaux, si elle est encore dans son état d'intrégrité. Quelquefois le vide occasioné par l'expulsion des eaux de l'amnios suffit pour suspendre l'hémorrhagie, surtout lorsque la matrice conserve assez d'énergie pour se resserrer immédiatement après, et pour venir s'appliquer sur le corps du fœtus. Dans le cas où le sang coule encore après la rupture des membranes, on introduit la main dans ce viscère, on retourne l'enfant, et on amène les pieds à la vulve; on les y laisse quelque temps, et on attend que la matrice revienne sur elle-même. On tire ensuite jusqu'à ce que les hanches paraissent, et on attend encore. Enfin, lorsqu'on sent que la matrice se resserre et diminue de volume, à mesure qu'elle se désemplit, on achève l'accouchement sans attendre davantage. Des praticiens conseillent aussi d'attendre, lorsque la poitrine s'est engagée; mais ce délai ne pourrait être que fort peu utile à la femme, au lieu qu'il pourrait compromettre les jours de l'enfant, en l'exposant à la compression du cordon ombilical.

Telle est la douce et ingénieuse méthode que le célèbre Puzos a substituée à la pratique violente et forcée des anciens. On ne peut disconvenir qu'elle n'offre les plus grands avantages, dans les cas où le placenta s'implante sur quelqu'un des points de la cavité utérine; mais il faut avouer aussi qu'elle est insuffisante, lorsque ce corps s'est greffé sur le col de la matrice. Dans ce dernier cas, en rompant la poche des eaux, on peut bien arrêter ou modérer l'hémorrhagie pour un moment; mais il faut nécessairement s'attendre à la voir reparaître aussitôt que les contractions utérines augmentent le décollement du placenta. Quel parti faut-il donc prendre alors? celui de terminer l'accouchement aussitôt que l'orifice utérin peut permettre l'introduction de la main. Si les eaux ne se sont pas encore écoulées, on cherche avec un ou deux doigts l'endroit du col où le placenta est le moins adhérent; on rompt

les membranes, et on va chercher les pieds de l'enfant. Il vaut toujours mieux opérer un peu trop tôt que d'attendre trop longtemps; car l'opération prématurée est sans danger, si elle est faite avec ménagement; au lieu que, trop différée, elle n'atteint pas le but qu'on se propose. Nous avons été appelé plusieurs fois pour donner du secours à des femmes chez lesquelles l'insertion du placenta sur le col de l'utérus avait occasioné une perte abondante. Nous avons terminé l'accouchement chez quelques-unes d'entre elles, et nous avons eu la satisfaction de les sauver, ainsi que leurs enfans; seulement l'un de ces derniers n'a vécu que trois jours, parce qu'il était chétif et très-faible en naissant. Dans une autre circonstance, nous avons proposé aux parens de faire la même opération; mais comme les douleurs s'étaient apaisées et que le sang ne coulait plus, ils n'ont pas voulu y consentir. Nous avons eu beau leur représenter le danger que la femme courait, tout a été inutile. Le soir, les douleurs ne sont un peu réveillées, et l'accoucheur ordinaire a cru que c'était le moment favorable de terminer l'accouchement. Mais quelle a été sa surprise de voir expirer la femme aussitôt après l'extraction du fœtus! Nous avons été témoin de la même scène, toutes les fois qn'on avait trop différé de mettre la main à l'œuvre. Les femmes que l'hémorrhagie avait épuisées ont succombé pendant l'opération ou fort peu de temps après leur délivrance. Il n'en fut pas de même d'une dame que nous assistâmes dans la rue des Filles-Saint-Thomas, vers la fin du mois de décembre 1810, conjointement avec un accoucheur qui demeurait dans ce quartier. Quoique cette femme eût déjà perdu beaucoup de sang, elle fut néanmoins délivrée assez tôt pour être arrachée à une mort inévitable. Elle n'eut que la douleur de voir expirer peu de temps après son enfant, qui n'était point encore au terme de sa viabilité.

SECTION II.

Des convulsions considérées comme cause accidentelle de l'accouchement manuel.

Ce serait bien méconnaître la constitution physique et morale de la femme, que de lui refuser cet excès de sensibilité qui la distingue d'avec l'homme, et qui la dispose naturellement aux maladies nerveuses. Cependant l'observation atteste que cette propriété vitale n'est jamais aussi exaltée que pendant la grossesse, et surtout pendant le travail de l'enfantement; on dirait même, dans ce dernier cas, qu'elle se concentre dans le système utérin, pour se réfléchir de là sur toutes les parties de l'organisme animal, et principalement sur l'appareil musculaire, dont la contractilité est portée au dernier période.

Dès que la femme est en proie aux douleurs de l'accouchement, la matrice et tous les muscles en général se contractent en même temps pour expulser le produit de la conception; dans le fort du travail, ces organes, presque entièrement indépendans de la vo-

lonté, semblent redoubler leurs efforts en raison des obstacles que leur opposent les détroits du bassin, le col de l'utérus et les parties externes de la génération : c'est une sorte de lutte, plus ou moins tumultueuse, qui apporte les plus grands changemens dans l'ordre naturel des fonctions. La chaleur animale se développe, la respiration est moins uniforme, et la circulation s'accélère; quelquefois aussi le cerveau s'irrite par sympathie et s'engorge, soit que le sang, plus raréfié, s'y porte avec plus d'impétuosité, et en dilate les vaisseaux qu'il force de réagir contre l'origine des nerfs, soit que ce fluide trouve plus de difficulté à se distribuer dans l'abdomen et les membres correspondans, à cause de la pression que la matrice, étroitement serrée par les parois abdominales, exerce sur l'aorte et ses principales divisions.

Quoi qu'il en soit, le trouble qui accompagne le travail de l'enfantement, surtout la première fois qu'une femme devient mère, est si voisin des convulsions, que ces dernières, fussent-elles encore plus fréquentes, n'auraient rien d'étonnant pour le physiologiste. Qui pourrait en effet réfléchir sur l'extrême sensibilité de la fibre utérine, ainsi que sur la violence qu'éprouvent le col de la matrice, le vagin et l'entrée de la vulve, sans redouter l'agitation et l'ébranlement de tout le système nerveux? Il faut néanmoins convenir que les convulsions ne se manifestent guère pendant le travail, sans avoir été précédées de quelque accident, dont elles sont le symptôme concomitant ou l'effet consécutif : telles sont les vives affections de l'âme, la pléthore, l'hémorrhagie, l'irritation des premières voies, la déchirure accidentelle du corps et du col de la matrice. Lorsqu'elles dépendent de toute autre cause, elles sont idiopathiques, et, pour l'ordinaire, la femme y était sujette avant la grossesse, et surtout aux approches ou aux époques périodiques de la menstruation.

Les convulsions qui compliquent le travail de l'accouchement se déclarent tout à coup, ou bien elles sont annoncées par quelques signes précurseurs, dépendans de l'état nerveux ou pléthorique de la femme. Tantôt ce sont des lassitudes et des soubresauts dans les membres, avec un état de malaise, d'oppression, d'anxiété, d'inquiétude; tantôt la tête devient pesante et douloureuse; l'œil est hagard, ébloui, insensible à la lumière; l'oreille bourdonne, ou ne distingue point les sons; la langue s'embarrasse; la voix s'éteint ou paraît plus aiguë.

Lorsque les mouvemens convulsifs surviennent, ils sont partiels ou généraux; ils se bornent aux muscles du tronc et des membres, ou bien ils agitent tous les organes de l'économie, et en bouleversent les fonctions. Dans le premier cas, les accès ne sont presque jamais continus ou de longue durée; le corps s'agite et se contourne de mille manières différentes; mais les facultés intellectuelles et les fonctions des sens sont à peine troublées. Nous avons accouché deux fois la femme d'un artiste, laquelle, depuis le commencement du travail jusqu'à la fin, éprouvait les plus violentes convulsions, lorsque les douleurs se faisaient sentir; quelquefois

on entendait craquer toutes ses articulations en même temps, et dans l'instant ses membres se tordaient d'avant en arrière; d'autres fois le tronc se pelotonnait et se roulait sur le lit où l'on était obligé de la retenir, pour l'empêcher de tomber par terre. Lorsqu'on y pensait le moins, la tête se portait en avant jusqu'aux genoux, ou bien se renversait en arrière, et touchait presque aux talons; c'était un spectacle qui offrait presque toutes les variétés du tétanos, avec cette différence que la rigidité des muscles ne persévérait pas long-temps. La femme, dans les momens de calme, conservait parfaitement sa raison, et nous rappelait les propos que nous avions tenus pendant qu'elle était agitée. A mesure que le travail avançait, elle avait l'air de rechercher le sommeil, qui fuyait sans cesse ou était interrompu par le renouvellement de l'accès. Enfin, l'accouchement se termina chaque fois sans difficulté; mais les mouvemens convulsifs, quoique diminués, durèrent encore jusqu'à la fièvre de lait.

Lorsque les convulsions sont générales, elles ressemblent plus ou moins à l'hystérie ou à l'épilepsie; peut-être même ne sont-elles que des accès de ces deux maladies, déterminés par l'exaltation de la sensibilité durant le travail. Car, outre le roulement des yeux, la mobilité des traits de la face et l'agitation de tous les muscles du tronc et des membres, on entend grincer les dents; la bouche et les narines blanchissent d'écume; la respiration s'accélère, se dérange et devient ronflante; l'excrétion de l'urine et des matières fécales est involontaire. A ce bouleversement universel succède un état d'immobilité et de roideur, qui dure plus ou moins de temps, et la femme finit quelquefois par tomber dans un état de somnolence, avec perte plus ou moins complète des sens et des facultés intellectuelles. Nous ne perdrons jamais le souvenir d'une femme très-pléthorique, et à la fleur de l'âge, qui accoucha en l'an 12, à l'Hôtel-Dieu, pendant qu'elle était plongée dans un sommeil si profond, qu'on l'eût pris pour une attaque d'apoplexie. Cet état avait succédé à de violentes convulsions, et ne se dissipa qu'au bout de deux jours. A son réveil, non-seulement la femme n'avait aucune conscience de ce qui s'était passé, mais elle ne voulait pas même convenir qu'elle eût été enceinte.

Cette observation, ainsi que la précédente, jointes à une infinité d'autres dont les auteurs font mention, et à quelques-unes qui nous sont propres, prouvent, d'une manière incontestable, que les femmes, loin de succomber aux convulsions qui compliquent le travail de l'accouchement, peuvent, au moins pour la plupart, se débarrasser naturellement, malgré ce désordre du système nerveux. Ce serait donc une grande imprudence, pour ne pas dire une faute capitale, de procéder à l'accouchement artificiel, aussitôt que les convulsions se déclarent, sans se mettre en peine de l'état où se trouvent le col et l'orifice de l'utérus. Quelle violence ne serait-on pas obligé d'exercer alors contre ces parties, si elles n'étaient pas assez dilatées, ou disposées à permettre l'introduction de la main et la sortie du fœtus! N'aurait-on pas à craindre

d'augmenter les convulsions, ou de les rendre plus dangereuses, au lieu de les apaiser? Plusieurs accoucheurs ont conseillé d'inciser alors le col de la matrice, pour y pénétrer plus facilement. Mais n'y aurait-il pas de la témérité et même une sorte de cruauté, à pratiquer cette opération, avant d'être assuré si l'accouchement ne peut pas se terminer par les seuls efforts de la nature?

Dès que la femme en travail vient à être agitée de convulsions, le premier soin doit être d'en rechercher la cause, et d'y remédier, s'il est possible. Cet accident dépend-il d'un état pléthorique; y a-t-il de la douleur et de la pesanteur à la tête, de l'assoupissement, des vertiges, des tintemens d'oreille; la figure est-elle animée et l'œil étincelant; alors la saignée est indispensable, pour prévenir l'engorgement du cerveau et la compression de l'origine des nerfs. Mais quelle veine faut-il ouvrir en pareil cas? La saignée du pied a été conseillée, mais elle n'a pas eu les mêmes succès que celle du cou ou du bras. Les convulsions tiennent-elles à l'irritation des premières voies; y a-t-il céphalalgie sus-orbitaire, des nausées et de l'amertume à la bouche; la langue est-elle sale, rouge, et l'épigastre douloureux; il faut recourir aux antiphlogistiques, tels que la saignée locale, l'eau pure ou légèrement émulsionnée. La femme est-elle douée d'un tempérament excessivement nerveux, sujette à l'hystérie, ou à quelqu'autre affection spasmodique; ce sont les calmans qui lui conviennent, tels que les bains, l'eau de fleurs d'oranger à haute dose, la liqueur minérale anodine d'Hoffmann, le camphre, le musc, l'assa-fœtida, l'éther, quelques préparations opiacées, etc. Nous avons assisté deux fois une dame dont le travail était troublé par de violentes convulsions; elle n'eut pas été plus tôt plongée dans l'eau tiède, qu'elle accoucha comme par enchantement. Les émotions morales qui ont occasioné les convulsions exigent le repos du corps, le calme de l'esprit et la dissipation. L'état de faiblesse, presque toujours fâcheux, qui résulte d'une hémorrhagie excessive, réclame les restaurans et les analeptiques, tels que les bons consommés, et même quelques cuillerées de vin vieux. Est-ce le col de la matrice qui, trop ferme ou trop sensible, oppose trop de résistance, et occasionne le trouble du système nerveux; il faut tâcher de le ramollir et d'en diminuer la sensibilité, en l'exposant à la vapeur de l'eau tiède, ou en plongeant la femme dans un demi-bain, ou en faisant des injections émollientes dans les parties génitales. Si, malgré tous ces moyens, l'orifice de l'utérus refuse de céder, et présente un bord dur, tendu et calleux, comme dans l'état de squirrhe, il faut nécessairement en faire la section sous peine de compromettre la vie de la femme. Dubosc, professeur du collége de chirurgie à Toulouse, rapporte n'avoir pu sauver autrement une femme qui avait attendu presque jusqu'au terme de sa fécondité pour goûter le plaisir d'être mère. Quelques minutes après la section du col utérin, les convulsions se calmèrent, et l'accouchement se termina de lui-même. Une telle conduite, loin d'être blâmable, devrait être au contraire imitée, si l'on se trouvait dans une semblable conjoncture.

Enfin, lorsque la dilatation de l'orifice utérin s'est opérée spontanément, ou qu'elle est due à la section du col, si l'accouchement tarde trop long-temps à se faire, c'est le cas de prêter la main à la nature. On commence d'abord par rompre la poche des eaux, ce qui suffit quelquefois pour faire cesser les convulsions. Car, en diminuant ainsi le volume de la matrice, on en relâche la fibre, on en calme la sensibilité et l'irritabilité, et on favorise la dérivation du sang qui se portait à la tête, parcequ'on lui laisse plus de liberté pour circuler dans les vaisseaux de l'abdomen.

Mais si les convulsions persistent encore, malgré l'évacuation des eaux de l'amnios, il n'y a plus de ressource que dans l'extraction complète du fœtus. Alors de deux choses l'une : ou l'enfant se présente en travers, ou il offre l'une des extrémités de la forme ovoïde sous laquelle il est ployé. Dans le premier cas, on le retourne, et on l'amène par les pieds; dans le second, on va saisir ces mêmes extrémités, lorsqu'elles se présentent, ou bien, lorsque l'enfant vient par les genoux ou les fesses; mais si la tête vient la première, et qu'elle soit déjà engagée dans l'excavation du bassin, le forceps est préférable à tout autre moyen, et exclusivement indiqué, lorsqu'elle a franchi le col de la matrice.

SECTION III.

De l'épuisement de la femme, considéré comme cause accidentelle de l'accouchement manuel.

L'épuisement de la femme en travail est beaucoup plus rare qu'on ne pense, et, lorsqu'il a lieu, il peut dépendre de plusieurs causes, telles qu'une diète trop sévère ou trop long-temps continuée, une hémorrhagie excessive, des efforts répétés, mais infructueux, pour expulser le produit de la conception. On reconnaît alors l'insuffisance des ressources de la nature pour la terminaison de l'accouchement, en faisant attention à tout ce qui a précédé, et surtout à l'état de faiblesse où la femme se trouve. Le visage est pâle, l'œil abattu, la voix presque éteinte; le pouls n'a plus de force, et se distingue à peine; la matrice est dans l'inertie, et on la sent molle et flasque dans la région hypogastrique; il n'y a point de douleurs, ou elles sont faibles, lentes et sans effet; le repos, les restaurans et les toniques ne peuvent les ranimer; le plus léger mouvement occasionne des syncopes, qui se multiplient et se prolongent de plus en plus : preuve manifeste qu'elles ne tiennent point à un état nerveux ou à quelque cause passagère, mais à la défaillance générale, ou au défaut d'énergie vitale dans toute l'économie. Nous ferons néanmoins observer que la matrice, en particulier, peut être dans l'inertie, quoique la femme ne soit pas épuisée. Par exemple, lorsqu'il y a hydropisie, il peut arriver que ce viscère ne se contracte point, ou ne soit que faiblement secondé par le diaphragme et les muscles abdominaux. Dans cette circonstance, les secours de la main ne sont pas moins nécessaires que dans l'épuisement général; et, dans l'un et l'autre cas, ce serait

perdre un temps précieux, que de chercher à ranimer les douleurs du travail plutôt que de terminer l'accouchement, surtout lorsque les parties génitales sont convenablement disposées. Toutefois, nous croyons qu'avant d'en venir à cette manœuvre, on pourrait essayer le seigle ergoté, dont on vante tant l'efficacité et le succès pour exciter les douleurs dans le cas d'inertie utérine.

SECTION IV.

De la hernie, considérée comme cause accidentelle de l'accouchement manuel.

On cite des femmes qui sont accouchées naturellement, quoiqu'elles fussent affectées d'une hernie, même irréductible. On en cite aussi d'autres qui ont succombé aux accidens d'une hernie étranglée. Quel parti faut-il donc prendre lorsqu'on est obligé d'assister une femme qui se trouve affectée d'une semblable maladie? D'abord, il faut essayer de réduire la hernie ou de la contenir, soit avec un bandage élastique, soit avec la paume de la main. Mais lorsqu'on craint, malgré ces précautions, qu'une nouvelle portion d'intestin ne s'engage dans le sac herniaire, et ne s'y étrangle, la prudence exige qu'on termine l'accouchement, pour prévenir le danger dont la femme est menacée.

SECTION V.

Du resserrement du col de la matrice sur le cou du fœtus, considéré comme cause accidentelle de l'accouchement manuel.

Ce phénomène ne s'est jamais offert à notre observation, quoique nous ayons assisté un assez grand nombre de femmes en couches.

Ce n'est pas toujours, disent les auteurs, la même portion du col utérin qui se contracte sur le cou du fœtus; tantôt c'est l'orifice externe, tantôt, au contraire, c'est le cercle qui en constitue l'orifice interne dans l'état naturel; de là deux espèces de resserrement, dont la première, d'après l'expérience, est plus rare que la seconde.

Mais, d'abord, lorsque c'est l'orifice externe qui serre étroitement le cou du fœtus, comment peut-on s'assurer que cette contraction s'oppose à l'accouchement? La tête de l'enfant est alors complètement dans le vagin, et plus ou moins près de la vulve. Il est donc très-difficile, pour ne pas dire impossible, d'y insinuer la main, à moins que la tête ne soit très-petite, ou n'ait été écrasée par le forceps, comme cela est arrivé dans un cas que Baudelocque rapporte. Repoussera-t-on la tête au-dessus du détroit abdominal, afin d'avoir plus d'espace, et d'atteindre l'orifice avec plus de facilité? Mais cette manœuvre aurait les plus grands inconvéniens, si l'on avait la témérité de l'entreprendre; joint à cela que les plus vigoureux efforts ne feraient pas rentrer la tête dans la matrice,

ce qui serait néanmoins nécessaire pour aller chercher les pieds et retourner l'enfant.

En second lieu, lorsque l'orifice interne s'est contracté sur le cou du fœtus, la tête, à la vérité, est plus élevée que dans le cas précédent, et se trouve encore enveloppée du col de la matrice; il serait donc plus facile alors de porter la main jusqu'à l'orifice utérin, de le dilater, et de terminer l'accouchement; mais peut-on facilement concevoir que l'orifice interne de l'utérus, après avoir laissé passer la tête de l'enfant, se contracte assez fortement pour empêcher la sortie des épaules? Quoi qu'il en soit, le resserrement du col est ou naturel ou seulement spasmodique. Dans le premier cas, l'accouchement peut en être retardé, mais non empêché. Dans le second, les antispasmodiques, tels que la saignée, les bains ou les demi-bains, sont indiqués, avant toute autre chose, pour favoriser le relâchement du col. Si l'emploi de ces moyens n'est pas suivi de l'accouchement, le forceps est préférable à la main, lorsque l'obstacle tient au resserrement de l'orifice interne, et il est exclusivement indiqué lorsqu'il tient à celui de l'orifice externe; dans l'un et l'autre cas, il faut éviter de pincer ou de froisser le col de l'utérus avec les cuillers de l'instrument.

SECTION VI.

De la sortie prématurée du cordon ombilical, considérée comme cause accidentelle de l'accouchement manuel.

C'est un fait de pratique assez généralement observé, qu'une anse du cordon ombilical peut sortir prématurément, soit que le flot des eaux l'entraîne après la rupture des membranes, soit qu'elle devance la tête ou la partie de l'enfant qui se présente. Mais cet accident est-il toujours assez grave et assez redoutable, pour exiger qu'on termine l'accouchement sur-le-champ, comme le conseillent quelques partisans d'une trop aveugle routine; ou bien faut-il l'abandonner entièrement au soin de la nature, et mettre au rang des chimères les dangers que l'enfant peut courir, à cause du refroidissement ou de la compression du cordon ombilical? Ce sont là deux opinions diamétralement opposées, et qui, par conséquent, ne sauraient être adoptées l'une et l'autre. Essayons donc de tracer la route que le praticien doit suivre entre ces deux extrémités.

D'abord, l'expérience atteste que nombre de femmes sont accouchées naturellement d'enfans vivans, malgré la sortie prématurée du cordon ombilical; tandis que d'autres, en pareil cas, n'ont pu jouir du même bonheur, après s'être soumises aux manœuvres qu'exige l'accouchement artificiel. Or, les praticiens pourraient-ils se dissimuler que l'enfant risque plus ou moins de périr victime des tractions exercées sur son corps, quand on l'extrait par les pieds?

D'un autre côté, on ne saurait révoquer en doute les dangers que peut entraîner la compression trop long-temps continuée du

cordon ombilical; elle suspend la circulation de la mère à l'enfant, et fait nécessairement périr ce dernier. Rien ne prouve, dans ce cas-là, qu'on doive attribuer sa mort à la compression de la tête seulement, comme quelques auteurs le prétendent; car, si cette opinion était fondée, l'enfant présenterait quelques traces de congestion cérébrale après sa naissance; sa face serait rouge, livide et gonflée, comme dans le cas d'apoplexie; au lieu qu'elle est pâle, décolorée et affaissée, comme dans le cas de syncope. D'ailleurs la tête ne peut être comprimée que lorsqu'elle commence à s'engager dans un bassin étroit, ou auquel elle est disproportionnée; tandis qu'au contraire la compression des vaisseaux ombilicaux peut avoir lieu après leur sortie prématurée, non-seulement lorsque la tête est petite, ou le bassin évasé, mais encore lorsque l'enfant présente toute autre partie que la tête, comme les fesses, les genoux ou les pieds.

Quelques physiologistes, plus accoutumés à raisonner et à parler qu'à observer et à pratiquer, pour infirmer le danger de cette compression, objecteront que des enfans sont venus au monde vivans, malgré l'absence, l'obstruction et même la rupture du cordon ombilical; mais de tels faits, loin d'être avérés, ne sont que des contes ridicules, et ne sauraient être regardés, tout au plus, que comme de faibles exceptions à la règle générale. D'autres ajouteront qu'au moyen de l'opération césarienne, on a extrait des enfans encore pleins de vie du sein de leur mère, quoiqu'elle eût expiré depuis quelque temps; on sait enfin que le fœtus peut vivre encore quelque temps hors de la matrice sans respirer, lorsqu'il est enveloppé de ses membranes. Mais encore un coup, si dans ces deux cas la circulation n'avait plus lieu de la mère au fœtus, elle a pu continuer encore de celui-ci au placenta, ce qui a dû suffire pour prolonger sa vie de quelques instans.

La compression du cordon ombilical n'est donc pas sans danger pour l'enfant, puisqu'elle peut compromettre sa vie. Elle est d'autant plus à craindre, que les pulsations des artères ombilicales paraissent plus faibles, et l'enfant est aux abois, lorsqu'on n'y sent plus de mouvement. A la vérité, cet état de détresse n'arrive pas toujours immédiatement après la sortie du cordon; car Baudelocque assure y avoir compté, dix heures après, plus de cent quinze pulsations par minute, en ayant la précaution de le repousser dans le vagin, et de le placer vers l'un des côtés du détroit supérieur, chez une femme contrefaite.

Mais, quoiqu'il ne soit pas toujours nécessaire de terminer l'accouchement aussitôt après la sortie du cordon ombilical, il serait néanmoins très-imprudent d'attendre, pour prendre ce parti, qu'on n'y sentît plus aucun mouvement; on ne pourrait guère plus compter alors sur la vie de l'enfant. Le moment presse donc d'aviser au moyen de le sauver dès que les pulsations commencent à s'affaiblir dans les artères ombilicales. A cette époque, Croft, en Angleterre, conseille d'introduire la main dans la matrice, pour aller fixer le cordon autour d'une des jambes de l'enfant, et, en

Hollande, le docteur Wallemberg, notre ancien élève, propose de l'enfermer dans une gaîne de caoutchouc; mais le procédé de l'un et l'instrument de l'autre, tout ingénieux qu'ils paraissent, sont-ils faciles à mettre en pratique? Nous en appelons là-dessus aux gens de l'art les plus expérimentés; c'est à eux qu'il appartient aussi d'apprécier l'utilité de certains instrumens connus sous le nom de *repoussoirs*, qui ont été inventés à différentes époques et renouvelés dans ces dernières années. Peut-on leur accorder un grand degré de confiance, quand il s'agit de faire rentrer le cordon ombilical, sorti prématurément, afin de le mettre à l'abri du contact de l'air et des contractions utérines?

Quelle est donc la conduite à tenir dans une semblable conjoncture? De deux choses l'une : ou l'orifice utérin est peu dilaté, ou complètement ouvert. Dans le premier cas, il faut abandonner l'accouchement aux efforts de la nature; dans le second, il faut avoir égard à la situation de l'enfant, à la marche du travail et à l'état du cordon ombilical. Si l'enfant présente l'une de ses deux extrémités, si les douleurs se soutiennent avec énergie, et que les artères ombilicales soient encore agitées de pulsations bien sensibles, il n'y a rien à craindre, et l'on peut confier l'accouchement aux soins de la nature. Toutefois on doit repousser le cordon ombilical dans le vagin, pour l'empêcher de se refroidir par le contact de l'air, et le placer vers l'un des côtés du bassin, afin qu'il soit moins froissé ou comprimé. Dans cet état de choses, l'expulsion de l'enfant, après celle des eaux, peut être plus prompte et moins dangereuse que ne le serait son extraction; ou bien l'extrémité qui se présente peut s'avancer assez pour qu'on puisse la saisir, soit avec le forceps, si c'est la tête, soit avec la main, le lacs ou le crochet mousse, si ce sont les pieds, les genoux ou les fesses.

Lorsqu'au contraire l'une des trois conditions ci-dessus vient à manquer, c'est-à-dire, lorsque l'enfant se présente, par exemple, en travers, que le travail est languissant, ou que le cordon n'offre plus de battemens sensibles, on ne saurait trop se hâter de mettre la main à l'œuvre après la sortie des eaux, surtout si la dilatation de l'orifice utérin est suffisante. Le moindre retard pourrait exposer l'enfant aux plus grands dangers, à moins que le cordon ne fût déjà froid, flétri ou putréfié; car alors il n'offrirait plus aucune indication particulière, attendu que l'enfant serait déjà privé de la vie.

SECTION VII.

Du défaut de longueur du cordon ombilical.

Le cordon ombilical peut être naturellement trop court, ou le devenir en s'entortillant autour du cou de l'enfant; mais, dans l'un et l'autre cas, faut-il le ranger parmi les causes accidentelles de l'accouchement manuel? Ceux qui soutiennent l'affirmative prétendent qu'il empêche la tête de descendre pendant les douleurs, ou que du moins il la force de remonter pendant le calme qui les suit. Nous ne perdrons pas de temps à réfuter une telle

opinion ; car le praticien vraiment observateur n'ignore point que la descente et l'ascension réciproques de la tête doivent être attribuées uniquement à la réaction du vagin, de la vulve et du périnée, peut-être même à l'élasticité du crâne du fœtus.

D'ailleurs, comment vérifier si le cordon ombilical est long ou court, avant la naissance de l'enfant, et s'il est entortillé autour du cou, avant la sortie de la tête? En supposant même la possibilité de ce diagnostic, quels moyens prendrait-on pour remédier, soit au défaut de longueur, soit à l'entortillement du cordon, ou pour prévenir les accidens qui peuvent en résulter, tels que le décollement du placenta, la rupture des vaisseaux ombilicaux et le renversement de la matrice, ou l'étranglement, l'apoplexie et la mort de l'enfant? Tout ce que l'on peut faire, c'est de couper le cordon aussitôt que la tête est hors de la vulve, pour s'opposer aux effets du resserrement du col utérin. Cet expédient est, sans contredit, plus facile et plus sûr que celui de dérouler les circulaires qui peuvent être trop serrés, ou de tenir la tête appliquée contre la vulve, en recourbant le tronc jusqu'à ce qu'il soit complètement sorti.

SECTION VIII.

De la grossesse composée, considérée comme cause accidentelle de l'accouchement manuel.

Ce serait être bien peu d'accord avec l'observation et le témoignage des historiens, des naturalistes ou des médecins, que de rejeter la possibilité et même l'existence de la grossesse composée. Aristote fait mention d'une femme qui accoucha de cinq enfans quatre fois de suite; les femmes d'Égypte, au rapport de Pline, en faisaient jusqu'à sept chaque fois; les trois Horace et les trois Curiace étaient trijumeaux, si l'histoire est fidèle; Ambroise Paré cite une femme qui accoucha de vingt enfans en deux fois; Chambon dit en avoir vu cinq d'une seule couche, qui vécurent assez long-temps pour être portés à l'église; le docteur Seignette rapporte qu'une femme de La Rochelle accoucha de neuf enfans bien formés. Malgré toutes ces autorités, on peut assurer qu'en général la grossesse simple, et celle de deux enfans, sont les plus ordinaires, et que celle de trois ou de quatre doivent être comptées parmi les phénomènes les plus rares.

Quel que soit le nombre des fœtus qui se développent dans la matrice, ils peuvent offrir une infinité de variétés sous le rapport de leurs enveloppes, de leur situation et de leurs adhérences réciproques. Tantôt ils sont dans différentes membranes; tantôt, au contraire, ils sont entassés sous le même chorion et le même amnios. Dans le premier cas, ils sont indépendans les uns des autres, leurs arrière-faix peuvent être séparés ou sans communication vasculaire; leurs cordons ne peuvent s'entrelacer, et l'un d'entre eux peut être malade et même se putréfier, sans que les autres en soient affectés. Bien plus, on rapporte alors que des accoucheurs imprudens ou maladroits, après la naissance ou l'extraction d'un

premier enfant, en ont laissé un second dans la matrice, qui ne s'en est débarrassée que plusieurs heures après ou le lendemain.

Dans le second cas, lorsque les enfans sont enveloppés des mêmes membranes, ils nagent nécessairement dans les mêmes eaux; leurs placenta sont réunis ou confondus dans la même masse; leurs cordons peuvent se nouer ou s'entrelacer, et leurs membres se choquer, se croiser, ou se gêner dans leurs mouvemens; enfin, si l'un d'eux vient à périr, il peut devenir un funeste voisinage pour les autres, à moins que la femme n'accouche peu d'heures ou peu de jours après.

Quant à la situation respective des jumeaux, elle peut varier de mille manières. Ils peuvent être situés parallèlement ou obliquement, ou en travers, soit entre eux, soit par rapport à l'axe de la matrice et du bassin.

Dans l'état de parallélisme, tous les deux peuvent présenter la tête, les pieds, les genoux ou les fesses au détroit supérieur, ou l'un d'eux peut venir par la tête, et l'autre par l'extrémité opposée.

Dans l'état d'obliquité, la tête ou l'extrémité opposée de chacun, ou bien la tête de l'un et les pieds, les genoux ou les fesses de l'autre, peuvent répondre, soit aux deux fosses iliaques, soit au pubis et au sacrum.

Enfin, lorsqu'ils sont situés en travers, l'un peut offrir la tête ou les pieds au détroit supérieur, tandis que l'autre est situé de droite à gauche ou d'avant en arrière, ou bien tous les deux peuvent, en se croisant, couper perpendiculairement l'axe de la matrice.

Dans le cas d'adhérence réciproque, les jumeaux peuvent être unis par des tégumens, par des muscles et même par des os. De là des assemblages informes ou des monstruosités dont le volume excède, pour l'ordinaire, les dimensions du bassin, et rend l'accouchement impossible sans le secours des instrumens. Il n'en sera donc question que dans la seconde partie de l'accouchement non naturel.

Les physiciens, toujours curieux de pénétrer les mystères de la nature, ont long-temps cherché la cause de la grossesse composée, et quelques-uns ont fini par la regarder comme le produit de la superfétation. Ce n'est point ici le cas de s'engager dans une discussion qui, au fond, ne serait d'aucune utilité pour l'art des accouchemens; peu importe, en effet, de savoir comment deux ou plusieurs enfans se sont développés dans la matrice; le point essentiel est de savoir comment ils en sortent, ou comment on les en retire. Nous observerons seulement que, si des jumeaux enfermés dans différentes membranes rendent la superfétation probable, ceux qui sont dans le même chorion et le même amnios semblent lui ôter toute espèce de vraisemblance. On peut consulter l'article de la superfétation dans notre Traité de Médécine légale, relative aux accouchemens.

Il serait peut-être plus important de savoir distinguer la grossesse composée d'avec la grossesse simple, au moins pendant le tra-

vail, afin de secourir la femme à propos, et de pourvoir au salut des enfans dont elle est sur le point d'être mère. Mais on est forcé de convenir qu'il n'y a là-dessus que des signes vagues et bien équivoques durant la gestation, et avant la sortie ou l'extraction de l'un des jumeaux. Admettra-t-on avec Mauriceau l'existence d'une grossesse composée, d'après la tumeur aplatie et non élevée ou non pointue de la matrice, dans les derniers mois; d'après le volume extraordinaire du ventre, à un terme quelconque de la grossesse; d'après l'infiltration des parties de la génération et des membres abdominaux, dès le troisième ou le quatrième mois, etc.? Mais le premier de ces phénomènes en a imposé à Puzos; ce célèbre praticien ne trouva qu'un enfant très-volumineux, quoiqu'il en eût soupçonné deux, d'après la forme et le volume du ventre qui tombait sur les cuisses, et paraissait divisé en deux poches. D'ailleurs, l'infiltration des membres abdominaux et de la vulve, ainsi que le volume plus ou moins considérable du ventre, peuvent dépendre de l'hydropisie utérine ou abdominale qui complique la grossesse simple, ou de l'accroissement extraordinaire du fœtus et de ses annexes. Nous ne parlerons pas des mouvemens que la femme ressent en deux endroits à la fois, ni des incommodités qu'on attribue à la grossesse composée; ces signes ne sont pas moins incertains que les précédens. Enfin, le toucher lui-même ne saurait toujours dissiper le doute ou l'équivoque, même au terme de l'accouchement. On a coutume d'enseigner que le ballottement est très-sensible, quand il n'y a qu'un seul enfant qui nage dans une très-grande quantité de liquide, au lieu qu'il est obscur, même impossible, dans le cas de jumeaux. Mais que devient ce diagnostic, quand la matrice ne renferme qu'un enfant très-volumineux avec très-peu de liquide?

Concluons donc qu'il n'y a point de signe caractéristique de la grossesse composée avant la sortie ou l'extraction du premier enfant; mais après, ce serait une erreur funeste, et le comble de l'impéritie, que de la méconnaître. Car à quels accidens la mère et le second enfant ne seraient-ils pas exposés? Une femme, il y a environ un an, accouche d'un enfant de volume ordinaire et bien formé; la sage-femme reçoit le délivre qui se présente immédiatement après, applique un bandage contentif autour du ventre, et se retire. Dès la nuit suivante de nouvelles douleurs se déclarent; on les prend pour des tranchées, et la malheureuse femme expire dans un état de suffocation; on la visite, et on trouve à la vulve un second enfant mort, dont la matrice cherche encore à se débarrasser. Quelle faute capitale!

Le moyen d'éviter une semblable méprise est de porter la main sur l'hypogastre, aussitôt après l'expulsion de l'enfant; et s'il reste encore des doutes, on les dissipe en introduisant le doigt jusqu'à l'orifice de l'utérus; on pénètre même, s'il le faut, avec la main, dans la cavité de ce viscère, plutôt que de compromettre l'honneur de l'art, sa réputation personnelle, ainsi que la vie de la mère et celle d'un second enfant.

On conçoit, et l'observation prouve, que l'accouchement peut se terminer naturellement après une grossesse composée; toutefois le travail est plus long, parce que la nature est obligée de réitérer plus ou moins de fois la même opération. L'expulsion du premier enfant, quoique moins volumineux, est aussi plus difficile que dans l'accouchement ordinaire, parce que la force contractile de la matrice, divisée entre plusieurs fœtus, est moins efficace sur chacun d'eux. D'ailleurs, il peut arriver que, malgré la bonne position et la petitesse du premier, la matrice ne puisse point l'expulser, à cause du déchet de forces qu'elle éprouve en se contractant sur le second, qui est en travers. Il y a donc des cas de grossesse composée où le ministère de l'art doit se borner au rôle de simple spectateur, comme il y en a aussi où il doit être plus ou moins actif.

L'accouchement est possible par les seules forces de la nature, lorsque les deux enfans sont parallèles entre eux et à l'axe de la matrice, soit qu'ils présentent tous les deux la tête, les pieds, les genoux ou les fesses, soit que l'un vienne par la tête, et l'autre par l'extrémité opposée. Mais il est nécessaire alors que les deux enfans se présentent successivement à la filière du bassin, car, si les deux têtes, ou bien les pieds, les genoux ou les fesses de l'un et de l'autre s'engageaient en même temps, la femme ne pourrait se débarrasser toute seule. Il suit de là qu'une des conditions les plus favorables à l'accouchement naturel après une grossesse composée, est que les jumeaux soient enfermés dans différentes membranes, ou qu'ils ne nagent pas dans les mêmes eaux.

L'accouchement, au contraire, est difficile ou impossible, sans le secours de l'art, après la grossesse composée, lorsque le travail se complique d'accidens, tels que l'hémorrhagie, la syncope, les convulsions, etc.; ou lorsque les enfans sont mal placés, par exemple, lorsqu'ils ont une situation oblique ou transversale, par rapport à l'axe du bassin; c'est alors qu'il faut s'empresser d'aider la nature, et qu'il serait imprudent de l'abandonner à ses propres ressources. Le procédé opératoire qui convient ici sera détaillé après celui qu'exige l'accouchement manuel dans le cas de grossesse simple.

ARTICLE II.

Du diagnostic et du pronostic de l'accouchement manuel.

La main ne suffit, pour terminer l'accouchement, que lorsque l'enfant est mal situé à l'égard du bassin, ou lorsque, dans le cas de bonne situation, il survient des accidens qui troublent ou empêchent la marche et les progrès du travail naturel. Il est inutile de répéter ici que l'emploi des instrumens est essentiellement indiqué, toutes les fois que le fœtus est disproportionné à la filière du bassin; car, ainsi que nous l'avons déjà fait observer, il n'est pas au pouvoir de la main seule de diminuer le volume de l'un, ni d'augmenter les dimensions de l'autre.

C'est donc à l'accoucheur de vérifier la bonne ou la mauvaise

situation de la tête et du tronc, la région que ces parties présentent à l'orifice de l'utérus, et la position qu'elles prennent à l'égard du détroit supérieur. Sans cette connaissance préliminaire, il ne peut procéder qu'au hasard, et il s'expose à blesser la mère ou l'enfant, même tous les deux, au lieu de leur prêter une main secourable.

On ne doit pas mettre moins de réflexion à peser la nature et le degré des divers accidens qui peuvent compliquer le travail, tels que l'hémorrhagie, les convulsions, etc.; car, si l'on s'endormait alors sur la foi des ressources naturelles, on risquerait de perdre un temps précieux, et de manquer l'occasion favorable pour terminer l'accouchement à l'avantage de la mère et de l'enfant.

Le moment où les membranes viennent de se rompre, est celui qu'il faut choisir pour toucher la femme et pour établir le diagnostic. Avant cette époque, le fœtus est environné des eaux de l'amnios, et jouit d'une sorte de mobilité qui l'empêche de prendre une situation fixe. D'ailleurs, les membranes plus ou moins distendues forment alors une poche qui intercepte l'impression du tact, et s'oppose aux recherches nécessaires.

Il ne faut pas non plus attendre trop long-temps après l'écoulement des eaux pour procéder à cet examen. Car, plus on diffère, plus la matrice se contracte sur le fœtus, et le presse contre l'ouverture du bassin. Il peut donc arriver alors que la partie qui se présente s'engorge ou se gonfle au point de changer, pour ainsi dire, de forme, et de devenir méconnaissable. C'est ainsi que des accoucheurs, même exercés, ont souvent pris les fesses pour les joues de l'enfant. Nous-même, dans une occasion, nous avons cru introduire le doigt indicateur dans l'oreille, et reconnaître l'une des régions temporales, tandis que l'enfant présentait le bas de la colonne lombaire où était un spina bifida, qui s'était rompu quelque temps auparavant. Enfin, dans une autre circonstance, nous avons partagé l'erreur de plusieurs de nos confrères, parmi lesquels se trouvait un accoucheur des plus distingués de la capitale, et nous avons désespéré de sauver une jeune femme en travail, parce qu'il nous semblait qu'elle allait rendre par la vulve, l'intestin et les viscères abdominaux, dont nous croyions même déjà sentir l'odeur gangréneuse. On imagine sans peine quelle dut être notre surprise, lorsque tout-à-coup une douleur violente mit fin à notre égarement et à notre embarras. La femme que nous croyions perdue accoucha fort heureusement d'un enfant mort depuis plusieurs jours, très-difforme et ployé en deux sur le dos; le conduit intestinal devançait le tronc, parce qu'il s'était élancé hors de l'abdomen, dont la paroi antérieure n'était qu'une membrane trop mince et trop faible pour le contenir. Voilà quelle était la cause de notre erreur.

Quoique la main paraisse le moyen le plus doux aux yeux du vulgaire pour terminer l'accouchement, il s'en faut néanmoins qu'elle soit toujours couronnée du succès. Il se présente des cas, malheureusement trop fréquens et trop difficiles, où l'habileté des

plus grands maîtres de l'art échoue, où ne produit pas tout le bien qu'on désire.

En général, la mère qu'on accouche avec la main court d'autant plus de risque, qu'elle est naturellement plus faible et moins capable de supporter cette opération, ou qu'elle est en butte à des accidens plus graves. Qui oserait se flatter de la sauver, par exemple, quand elle est déjà épuisée par la longueur du travail, ou par quelqu'autre cause, telle qu'une hémorrhagie abondante, ou de violentes convulsions; quand elle a de fréquentes syncopes, enfin, quand elle est affectée d'une hernie étranglée, qui est sur le point de s'enflammer et de tomber en gangrène? Le sort de la femme devient aussi d'autant plus alarmant, qu'on diffère plus longtemps de terminer l'accouchement après l'évacuation des eaux; car alors, outre que la matrice s'épuise en efforts inutiles, elle se resserre toujours davantage, et s'applique d'une manière plus immédiate sur le corps de l'enfant; de sorte que la main ne peut plus pénétrer dans la cavité de ce viscère et exécuter les manœuvres nécessaires, sans lui faire violence et sans l'irriter, quelquefois sans le déchirer.

Mais l'enfant ne court pas des chances moins périlleuses, lorsqu'on est obligé de l'extraire avec la main. D'abord, il risque d'être victime de la plupart des accidens qui menacent la mère; en second lieu, quel espoir a-t-on de le conserver, lorsqu'il est depuis longtemps comprimé par la matrice, ou que le cordon ombilical, prématurément sorti, est sans pulsations et sans chaleur? Comment son corps, encore frêle et délicat, résistera-t-il aux tractions, qui sont indispensables pour faire sortir le tronc, les épaules et la tête? Si quelquefois des enfans ont vécu après avoir été ainsi tiraillés, on pourrait presque assurer que cela tenait à un bonheur aussi rare qu'inespéré.

Lorsque l'accoucheur s'est bien assuré de l'état des choses, qu'il a bien reconnu le genre et l'espèce d'accouchement qui se présente, et qu'il a prévu les dangers qui menacent la mère et l'enfant, il doit en prévenir les parens. Qu'il évite alors de leur promettre plus qu'il ne peut tenir, et de les bercer par de trompeuses espérances. Il doit leur exposer naïvement ce qu'il pense du cas qui se présente, sans les alarmer par de trop sinistres présages, et sans les rassurer par de trop consolantes promesses. Avec cette précaution, il se mettra à l'abri du reproche, et on ne pourra point lui imputer des accidens dont il n'est point responsable, où dont il n'est qu'une cause bien innocente.

ARTICLE III.

Des indications que présente l'accouchement manuel.

L'accouchement qui réclame le secours de la main ne présente pas toujours les mêmes indications. Quelquefois il n'y a presque rien à faire pour le ramener à l'ordre naturel; d'autres fois, au contraire, il offre tant de difficultés qu'il en devient excessivement

pénible et laborieux, soit pour la femme qui souffre, soit pour l'accoucheur qui opère. Cela dépend de la situation de l'enfant, des accidens qui compliquent le travail, ou de l'intervalle qui s'est écoulé depuis la rupture des membranes et l'évacuation des eaux.

Lorsque la tête se présente à l'orifice de l'utérus, il peut arriver qu'un très-léger obstacle en empêche la sortie naturelle. On a vu des cas où il suffisait de l'ébranler, de la réduire à une des positions obliques, et d'en favoriser la flexion en avant, pour la faire descendre dans l'excavation du bassin. D'autres fois, à peine lui a-t-on fait exécuter un sixième ou un quart de rotation, qu'elle s'élance hors de la vulve; mais il se rencontre aussi quelquefois des difficultés insurmontables qui empêchent de corriger la situation ou la direction de la tête, et qui obligent de retourner l'enfant pour l'amener par les pieds.

Il en est de même, lorsque l'enfant vient par les membres abdominaux ou par les fesses; il suffit quelquefois de tenir ces parties dans une direction parallèle à l'axe du bassin, ou de leur donner une position oblique, en tirant légèrement sur elles; d'autres fois, au contraire, il faut avoir recours à des tractions plus ou moins fortes.

Enfin, lorsque le tronc est situé en travers par rapport au bassin, il faut nécessairement le déplacer, et ramener l'une de ses deux extrémités à l'orifice de l'utérus ou au détroit supérieur. Mais ne serait-ce pas le comble de la témérité, que d'entreprendre d'y ramener la tête, quand elle en est très-éloignée, ou que l'on a donné le temps à la matrice de se contracter sur le fœtus, après l'évacuation des eaux de l'amnios? La véritable indication est donc alors d'aller chercher les pieds; manœuvre toujours d'autant plus facile, que ces extrémités sont plus près de l'orifice de l'utérus.

Quant aux accidens qui compliquent le travail, ils présentent des indications d'autant plus pressantes, qu'ils sont plus dangereux pour la mère et pour l'enfant. Nous avons déjà fait observer que, s'il en est où l'on ne peut différer la terminaison de l'accouchement, il en est, au contraire, d'autres où l'excès de promptitude ne saurait être exempt de reproches. Heureuses les femmes en travail chez lesquelles la tête de l'enfant, déjà descendue dans l'excavation du bassin, peut être facilement saisie et extraite avec le forceps, lorsqu'il survient quelqu'accident!

ARTICLE IV.

De la terminaison de l'accouchement manuel.

Quand faut-il terminer l'accouchement manuel, et de quelle manière faut-il le terminer? Telles sont les deux questions qui doivent faire le sujet de cet article.

SECTION PREMIÈRE.

Du temps le plus favorable pour terminer l'accouchement manuel.

De deux choses l'une : ou l'enfant est mal situé dans la matrice,

ou bien le travail se complique de quelques-uns des accidens dont nous avons parlé. Ne perdons pas de vue que c'est à ces deux chefs que se réduisent toutes les causes qui exigent le ministère de la main, pour terminer l'accouchement non naturel.

Dans le premier cas, le moment le plus favorable pour opérer est celui où l'orifice de l'utérus est complètement dilaté; ce qui est indiqué, pour l'ordinaire, par la rupture spontanée des membranes. Avant cette époque, la main ne pourrait pénétrer dans la matrice qu'avec les plus grandes difficultés; elle risquerait de meurtrir ou de déchirer le col de ce viscère, plutôt que de surmonter la résistance qu'il oppose; et la femme serait exposée à des dangers incalculables, peut-être même perdrait-elle la vie à la suite de cette imprudente manœuvre. Il faut donc attendre avec patience que l'orifice s'ouvre de lui-même, et par les progrès du travail, puisqu'il n'y a point d'autre indication pressante. Mais aussi, lorsque ce moment favorable est arrivé, il faut le saisir promptement, de crainte qu'il n'échappe. Plus on diffère après la rupture des membranes, plus on donne à la matrice le temps de se contracter et d'embrasser étroitement le fœtus. Celui-ci court donc alors de plus grands risques : il peut périr victime, soit des contractions de la matrice qui le comprime, soit des efforts de la main qui le retourne pour l'extraire; joint à cela, que l'on aurait à redouter l'inflammation et la rupture de la matrice, maladies auxquelles la femme peut succomber.

Dans le second cas, lorsque le travail vient à se compliquer de quelque accident fâcheux, l'indication est, sans contredit, de procéder à l'accouchement avec le plus de promptitude possible. Mais que peut-on faire alors si l'orifice utérin, encore fermé ou peu dilaté, s'oppose à l'introduction de la main? Il faut donc nécessairement attendre, sous peine de rendre l'état de la femme plus alarmant par des manœuvres inconsidérées. Cependant on ne négligera aucun des moyens capables de relâcher le col de la matrice et d'en dilater l'ouverture. On y fera des injections émollientes; on les exposera aux vapeurs de l'eau tiède; on aura recours aux bains ou aux demi-bains, même à la saignée, si la femme est d'une constitution pléthorique et sanguine.

Telle est aussi la conduite à tenir, lorsque la poche des eaux s'est rompue prématurément, soit que l'enfant ait pris une situation vicieuse dans la matrice, soit que des accidens imprévus viennent augmenter le nombre des chances défavorables. En attendant alors que l'orifice de l'utérus se dilate complètement, on emploie les remèdes généraux les plus propres à favoriser cette disposition.

Mais si l'on n'est appelé pour terminer l'accouchement que long-temps après l'époque favorable où les eaux se sont écoulées, que faut-il faire? Dans une semblable conjoncture, l'homme de l'art ne doit rien entreprendre qu'après s'être assuré de l'état de la matrice. Ce viscère s'est-il contracté spasmodiquement sur le fœtus; ou bien les efforts inutiles auxquels il s'est livré pour l'expulser ont-ils amené un état de douleur et de sensibilité qui fait

craindre l'inflammation, il faut avant tout combattre cette espèce de diathèse par les moyens les plus propres, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Dans le cas contraire, on retourne promptement l'enfant, et on en fait l'extraction.

SECTION II.

De la manière de terminer l'accouchement manuel.

Avant l'époque favorable pour la terminaison de l'accouchement manuel, la situation de la femme est assez indifférente, pourvu néanmoins que le travail ne se complique d'aucun accident fâcheux ; mais pendant qu'on l'accouche, il faut nécessairement qu'elle soit située de la manière la plus avantageuse pour elle et pour celui qui opère. On se gardera de la faire placer sur les genoux et les coudes, comme les accoucheurs le prescrivent en certain cas. Cette position, aussi incommode que bizarre, ralentirait la manœuvre, et ne serait peut-être suivie d'aucun heureux résultat.

La femme doit être située en travers, dans l'état de supination et presque horizontalement, sur le bord d'une couchette ou d'un lit ordinaire, qu'on aura soin d'assujétir s'il est monté sur des roulettes, et d'élever à hauteur d'appui, pour la commodité de l'opérateur. On sent bien que le lit de sangles ne présente point ici les mêmes avantages que dans l'accouchement naturel. Pour prévenir l'affaissement des matelas, sur lesquels doit porter le siége de la femme, on aura soin de placer entre eux un coussin solide, ou mieux un morceau de planche. Cette précaution prise, on fait avancer les fesses jusqu'à ce que le coccix et le périnée débordent un peu; on place un aide derrière les épaules, pour empêcher le tronc de remonter ou de descendre; on fléchit à demi les cuisses et les jambes; on fait soutenir les pieds et les genoux par deux autres aides qui les écartent convenablement, et on confie à un quatrième le soin de donner les choses qui sont nécessaires pendant l'opération.

La femme étant convenablement située et recouverte d'un drap ou d'une couverture, suivant la saison, l'accoucheur se met en devoir de la débarrasser avec le plus de promptitude, mais avec le plus de douceur et de ménagement possible. Point de gestes, de propos ni de signes capables de l'effrayer. Qu'on n'imite point certains praticiens qui, avant de mettre la main à l'œuvre, quittent leur habit, retroussent leur chemise jusqu'aux aisselles, prennent de fausses manches, un tablier, etc. A quoi bon tous ces préparatifs, lorsqu'il s'agit d'aller saisir les pieds à la vulve, dans le vagin, ou près de l'orifice utérin? Il est tout au plus nécessaire de découvrir les bras, lorsqu'on ne peut retourner l'enfant, sans les introduire profondément dans la matrice. Mais encore, dans ce cas-là, doit-on le faire sans que la femme s'en aperçoive; et lorsqu'on les retire de ce viscère, on a la précaution de les essuyer avec des linges qui sont à portée, afin de ne pas les montrer ensanglantés aux yeux de la femme et des assistans.

L'opération une fois commencée, on la continue de sang-froid et sans se troubler. Que le calme et la sérénité règnent toujours sur le front de l'accoucheur, même dans les cas où il est le plus embarrassé et où il prévoit les plus grands dangers; s'il a l'air de s'alarmer ou seulement de s'attendrir, la femme perd confiance, tombe dans l'abattement et désespère de son salut.

Le choix de la main qu'on introduit dans la matrice dépend de la position de l'enfant, laquelle il faut bien tâcher de reconnaître, afin d'opérer avec plus de sûreté. Lorsque les pieds, les genoux ou les fesses se présentent, c'est toujours la main qui correspond aux talons, aux jambes ou à la face postérieure du tronc. L'enfant vient-il par le sommet de la tête, on introduit la main qui répond au visage. Dans tous les autres cas, on se sert de la main qui correspond à la partie de la matrice où se trouvent les pieds. L'une des deux mains est donc toujours exclusivement indiquée, à moins que la face postérieure de l'enfant ne réponde au pubis ou au sacrum, comme dans les positions directes que des auteurs admettent, et qui sont infiniment rares. Alors on peut introduire l'une ou l'autre main indifféremment, mais on réduit toujours le fœtus à l'une des positions obliques, et on en fait l'extraction comme dans la première ou seconde des pieds.

Qu'on n'oublie jamais, pendant tout le temps de l'opération, d'appliquer la main qui reste libre sur l'abdomen vers le fond de la matrice, afin de fixer ce viscère, d'en changer la situation et de diriger les pieds du fœtus vers la main qui va les chercher.

L'accoucheur, avant d'introduire la main, la trempe dans un mucilage, ou l'enduit de beurre, soit afin d'en rendre l'introduction plus facile et moins douloureuse, soit afin de se préserver lui même de l'impression plus ou moins subtile de certains virus dont la femme peut être infectée.

Pour pénétrer dans le vagin, on choisit le temps de la douleur, pendant lequel ce canal est poussé un peu en bas, et vient pour ainsi dire embrasser la main qui se présente. On la situe de champ, et on lui donne une direction parallèle à l'axe du détroit inférieur, comme pour avancer vers la saillie sacro-vertébrale. Mais quand il s'agit d'entrer dans la matrice, on attend le moment du calme, durant lequel elle offre moins de résistance. Alors on baisse le coude, et la main prend une direction parallèle à l'axe du détroit supérieur. Si l'entrée des parties génitales est trop resserrée, on y introduit les doigts les uns après les autres, à la méthode de Celse. Souvent la main, après avoir franchi l'orifice de l'utérus, est tellement serrée dans ce viscère, qu'elle s'engourdit et perd entièrement la faculté d'agir. Il faut la retirer alors, et ne recommencer qu'après avoir saigné la femme, ou après l'avoir mise dans un bain tiède. Cette précaution est d'autant plus nécessaire, qu'il y a plus de temps que les eaux se sont écoulées, ou que la femme est plus sanguine et plus irritable.

Lorsqu'il est nécessaire de retourner l'enfant, le but de l'accoucheur doit être d'aller chercher les pieds et de les entraîner au

dehors. En conséquence, de la main introduite dans la matrice, il doit tâcher de parcourir lentement et sans recourber les doigts, le côté de l'enfant qui correspond à la partie postérieure de ce viscère; il évitera par ce moyen de confondre l'épaule avec la hanche, le coude avec le genou, et les doigts avec les orteils, comme cela pourrait arriver s'il parcourait la face antérieure de l'enfant. Arrivée aux fesses, la main trouve, pour l'ordinaire, les talons; alors elle saisit les membres abdominaux l'un après l'autre, ou tous les deux à la fois lorsque cela est possible, les dégage ou les fait glisser l'un sur l'autre de dehors en dedans, et les entraîne en les faisant passer sur l'abdomen et la poitrine. Telle est la manière dont on a conseillé jusqu'ici de retourner ou pelotonner l'enfant pour en amener les pieds à la vulve. Mais elle offre tant de difficultés, qu'on est obligé d'y renoncer dans certaines circonstances. C'est ce qui nous en a fait adopter une autre que le hasard nous a indiquée, et qui paraît plus rationnelle et plus facile à mettre en pratique. Elle consiste, au lieu de dégager les pieds dans la matrice, à ramener les genoux au détroit supérieur : ce qui se fait en agissant de la main avec force sur les fesses pour les rapprocher de la tête, et en repoussant celle-ci vers le fond de la matrice. On dégage ensuite les pieds, comme si les genoux s'étaient présentés. C'est là ce qu'on appelle la version ou le pelotonnement de l'enfant, manœuvre qui exige une certaine dextérité et beaucoup de précautions.

D'abord on se gardera bien de renverser l'enfant sur sa face postérieure; car, outre qu'on lui ferait courir les plus grands risques, on s'exposerait encore à déchirer la matrice, en agrandissant l'arc sous lequel il est ployé dans ce viscère : cet accident serait surtout à redouter si les eaux s'étaient écoulées depuis long-temps, et si la matrice s'était contractée avec force; au contraire, en pelotonnant l'enfant sur sa face antérieure, on le fléchit dans le sens qu'indique son attitude naturelle, et on le réduit à un moindre volume; on l'éloigne donc de la surface de l'utérus qui le presse, et on diminue les frottemens qui l'empêchent de rouler et de prendre une position plus avantageuse.

En second lieu, le calme de la douleur est le moment le plus favorable pour retourner l'enfant. La femme alors doit être entièrement passive, et ne se livrer à aucun effort; mais aussitôt que les pieds sont sortis, et que la tête remonte vers le fond de la matrice, si la douleur vient on en profite, et on recommande à la femme de pousser de toutes ses forces. Quoi qu'en disent certains accoucheurs, il serait imprudent, et même dangereux, d'abandonner l'expulsion de l'enfant aux seuls efforts de la nature, après en avoir amené les pieds à l'orifice du vagin; car si la tête était encore près du détroit supérieur, le tronc se présenterait alors en travers et la sortie en serait impossible.

Il est donc bien plus rationnel de continuer la manœuvre jusqu'après l'extraction complète de l'enfant. Pour cela, on tire successivement sur les pieds, sur les jambes, sur les cuisses et sur

les hanches ; on ménage les articulations des extrémités inférieures et de la colonne vertébrale ; on prévient le tiraillement du cordon ombilical ; on dégage les bras l'un après l'autre, et on extrait la tête, en lui faisant traverser la filière du bassin, suivant la direction et les mouvemens qui lui sont communiqués dans l'accouchement naturel.

En général, cette opération doit se faire d'une manière lente et continue. Si l'on y met trop de précipitation, on risque de jeter la matrice dans l'inertie en la vidant trop promptement, et si l'on tire par secousses, on compromet la vie de l'enfant. Le moyen d'éviter ces deux écueils est de prendre la nature pour modèle, du moins autant que les circonstances le permettent.

Lorsque l'enfant est en danger de perdre la vie, on doit l'ondoyer sur la première partie qui se présente. On y verse de l'eau naturelle, en forme de croix, et on prononce, d'une voix claire et distincte, les paroles sacramentelles : *Enfant, je te baptise, au nom du Père, et du Fils, et du Saint-Esprit.* Si l'on n'a pas une certitude complète qu'il soit en vie, on ajoute à cette formule les mots suivans : *Si tu es en vie.* Et lorsqu'il est monstrueux ou peu éloigné du terme de la conception, on le baptise encore sous condition, en disant : *Si tu es capable de baptême, je te baptise, etc.*

ARTICLE V.

De la division de l'accouchement manuel.

Dans la plupart des livres élémentaires, l'accouchement non naturel, qui exige le secours de la main, se divise en autant de genres qu'il y a de régions sur le corps de l'enfant. Or, toutes ces régions peuvent se réduire à quatre pour chaque face du tronc ; savoir, à l'occiput, à la nuque, au dos et aux lombes, pour la face postérieure ; au visage, au cou, au sternum et à l'abdomen, pour la face antérieure ; enfin, à l'oreille, à la partie latérale du cou, au côté du thorax et au flanc, pour chaque face latérale ; d'où il résulte qu'en suivant cette division, il faudrait admettre seize genres d'accouchemens manuels pour la surface du tronc seulement. Ce nombre s'éleverait ensuite à celui de vingt, en y ajoutant les quatre genres d'accouchemens où l'enfant présente le sommet de la tête, les pieds, les genoux et les fesses, lesquels, de faciles et naturels qu'ils sont ordinairement, peuvent devenir non naturels, s'il survient quelqu'un des accidens dont nous avons déjà fait l'énumération.

Loin d'admettre cette longue série de genres qui donnerait un nombre prodigieux d'espèces ou de positions, nous avons cru devoir la réduire, afin de soulager la mémoire et de simplifier la manœuvre. Pour cela, nous établissons nos principales divisions, non d'après les différentes régions du corps de l'enfant dont plusieurs offrent souvent la même indication, mais d'après les procédés opératoires qui se réduisent à un très-petit nombre, dans la termi-

naison de l'accouchement manuel. En effet, lorsque l'extrémité abdominale de l'enfant se présente à l'entrée du bassin, il suffit de dégager les pieds et de tirer sur eux jusqu'à ce que les épaules arrivent au détroit supérieur.

Lorsque, au contraire, le tronc se présente, quelle qu'en soit la direction, il s'agit de le retourner, au moins en partie; et alors la version, toutes choses égales d'ailleurs, est d'autant plus ou moins difficile, que les pieds sont plus ou moins éloignés de la marge du bassin. Enfin, lorsque la tête vient la première, il faut, avant d'extraire l'enfant, le pelotonner ou le retourner entièrement, c'est-à-dire, amener les pieds à l'orifice de l'utérus et refouler la tête vers le fond de ce viscère. Dégager les pieds de l'enfant, et le retourner avant de l'extraire, tels sont donc les procédés auxquels se réduit la terminaison de l'accouchement manuel, telles seront aussi les bases de notre division.

Nous comprendrons dans un premier ordre tous les accouchemens manuels, les plus simples et les plus faciles, où il suffit de dégager les pieds de l'enfant avant de l'extraire; et cet ordre se subdivisera en trois genres, indiqués par les pieds, les genoux et les fesses.

Dans un second ordre seront compris tous les accouchemens manuels les plus composés et les plus difficiles, où, avant d'extraire l'enfant, il faudra le retourner; et cet ordre se divisera encore en deux sous-ordres, l'un pour le tronc et l'autre pour la tête.

Nous n'admettrons que quatre genres pour la tête, parce qu'on n'y remarque, à proprement parler, que quatre régions, le sommet, l'occiput, le visage et les deux oreilles.

Enfin, les accouchemens où le tronc se présente se réduiront à trois genres, le premier pour la face postérieure, le second pour la face antérieure, et le troisième pour les deux faces latérales.

Quant aux positions, nous n'en admettrons que quatre pour chaque genre. Elles seront les mêmes pour les pieds, les genoux, les fesses et le sommet de la tête, que dans l'accouchement naturel. Dans tous les autres genres, elles seront encore très-analogues aux précédentes, et très-faciles à retenir, parce que nous les déterminerons d'après la direction des extrémités du tronc vers les deux cavités cotyloïdes, ou vers les deux symphyses sacro-iliaques du bassin de la mère.

Cette division paraît, sans contredit, bien plus simple, que celle qui est adoptée par les auteurs, même les plus modernes; car nous réduisons tous les accouchemens qui exigent le secours de la main à dix genres et à quarante positions, tandis qu'on en admet ordinairement plus du double des uns et des autres.

Nous pourrions simplifier encore davantage cette division, car les accouchemens de l'occiput, du visage et des oreilles se terminent comme ceux des faces postérieure, antérieure et latérales du tronc. Rien ne nous empêcherait donc de considérer ces accouchemens comme des variétés des genres admis pour le tronc; et alors nous n'admettrions qu'un seul genre pour la tête, celui où elle présen-



terait le sommet : ce qui réduirait tous les accouchemens manuels à sept genres et à vingt-huit positions.

Notre méthode s'écarte encore de celle des auteurs par rapport à l'ordre et au nombre des positions. D'abord ils n'en admettent pour les pieds, les genoux et les fesses que quatre, dont deux obliques ou latérales, dans lesquelles la face postérieure du tronc de l'enfant répond aux deux cavités cotyloïdes; et deux directes, dans lesquelles la face postérieure du tronc répond à la symphyse du pubis ou à la saillie sacro-vertébrale. Ensuite ils augmentent ce nombre de positions pour le sommet de la tête, et en établissent six, dont quatre obliques et deux directes. Enfin, ils reviennent encore à quatre positions pour toutes les autres régions du tronc de l'enfant; mais ici leur ordre se trouve totalement interverti; car, suivant leur nouvelle division, dans la première position, la tête répond à la symphyse du pubis; dans la seconde, à la saillie sacro-vertébrale; dans la troisième, à la fosse iliaque gauche, et dans la quatrième, à la fosse iliaque droite. D'où il suit que les positions qui étaient ailleurs les dernières deviennent ici les premières, et que la troisième et la quatrième n'ont aucun rapport avec celles du même rang dans les autres genres. Or, qui ne s'aperçoit, au premier coup d'œil, que cette manière de changer l'ordre des positions dans les différens genres d'accouchement, embarrasse ou fatigue la mémoire et embrouille les procédés manuels au lieu de les simplifier?

Convaincus de tous ces inconvéniens, quelques auteurs modernes se sont décidés à composer de nouvelles classifications qu'ils ont crues plus uniformes, plus simples et plus méthodiques que les anciennes. Mais ils les ont surchargées de tant de variétés et d'exceptions qu'ils les ont rendues fort compliquées et fort difficiles à retenir. Il s'en faut donc bien qu'ils aient atteint le but qu'ils s'étaient proposé.

Nous ajouterons que notre méthode a un avantage bien précieux sur toutes les autres, c'est qu'après l'avoir bien comprise, ce qui est très-aisé, on entend le manuel des accouchemens dans tous les livres, quelque embrouillés qu'ils soient. Bien plus, toutes les positions admises par les divers auteurs se réduisent aux quatre que nous avons conservées : preuve que notre division est la plus élémentaire et, par conséquent, la seule fondamentale.

PREMIER ORDRE.

Des accouchemens où l'enfant vient par l'extrémité abdominale, et où il suffit de dégager les pieds avant de l'extraire.

En parlant de la situation du fœtus dans la matrice, nous avons fait entrevoir la raison pour laquelle il vient quelquefois par l'extrémité abdominale du tronc, et présente les pieds, les genoux ou les fesses; il est donc inutile de revenir ici sur l'explication de ce phénomène.

PREMIER GENRE.

De l'accouchement où l'enfant présente les pieds.

Ce genre d'accouchement est le plus facile et le plus favorable de tous ceux qui réclament le secours de la main. Aussi tous les praticiens de nos jours, dès qu'ils trouvent les pieds de l'enfant à l'orifice de l'utérus ou à l'entrée du bassin, s'empressent de les saisir et de les dégager, au lieu de les repousser dans la matrice pour aller chercher la tête, comme on le recommandait dans des siècles d'ignorance.

Nous avons déjà exposé les signes auxquels on reconnaît les pieds. Les positions en sont ici les mêmes que pour l'accouchement naturel.

La main seule ne peut suffire alors pour terminer l'accouchement, que dans le cas où le travail se complique de quelque accident grave, tel qu'une hémorrhagie, des convulsions, etc. Car, si le bassin était mal conformé, il faudrait nécessairement recourir aux instrumens, au moins pour extraire la tête. D'un autre côté, l'enfant ne peut être arrêté ici à cause de sa mauvaise situation, puisqu'il offre, à l'entrée du bassin, l'une des extrémités de la forme ovoïde, sous laquelle il est naturellement ployé dans la matrice.

La mère ne court presque aucun danger à raison du procédé manuel; l'enfant, au contraire, risque d'autant plus, qu'il a plus long-temps séjourné dans la matrice après l'écoulement des eaux, que la tête, la poitrine et le cordon ombilical ont été plus fortement comprimés, que la colonne vertébrale est plus fatiguée, et le prolongement rachidien du cerveau plus tiraillé pendant l'opération.

La principale indication à remplir est de dégager les pieds, et de les entraîner hors de la vulve. Lorsqu'une seule de ces extrémités se présente, il est utile et même nécessaire d'aller chercher l'autre; sans cette précaution, la première supportant tout l'effort de la main, risquerait d'être luxée dans ses articulations, peut-être même d'être arrachée du tronc.

Qu'on n'oublie pas surtout de vérifier si les deux pieds qu'on dégage appartiennent au même enfant.

On est quelquefois obligé d'extraire les pieds de bonne heure, parce qu'on craint qu'ils ne soient arrêtés par les fesses qui menacent de s'engager en même temps. Si cet obstacle avait déjà lieu, il faudrait refouler les fesses au-dessus du détroit supérieur avant d'entreprendre le dégagement des pieds.

Première position.

De l'accouchement où l'enfant présente les pieds, les talons répondant à la cavité cotyloïde gauche.

Cette position est la plus favorable, non-seulement parce que les hanches, les épaules et la tête viennent s'engager diagonalement

au détroit supérieur, mais encore parce que l'occiput tend à se placer sous l'arcade sous-pubienne, après l'extraction du tronc.

Dès que la poche des eaux est ouverte, si les pieds sont dans le vagin, on les saisit avec quelques doigts de la main droite, et on les entraîne au dehors. S'ils sont encore à l'entrée de la matrice, on y avance toute la main, qu'on dirige convenablement, et on les accroche avec les doigts, dont l'index s'insinue entre les talons que les autres serrent assez étroitement.

Arrivés à la vulve, on les enveloppe d'un linge sec et doux, de crainte qu'ils ne glissent et n'échappent à cause des mucosités dont ils sont recouverts, et on tire sur eux parallèlement à l'axe du détroit supérieur.

A mesure que les membres abdominaux descendent, on saisit, on enveloppe et on tire successivement les jambes, les cuisses et les hanches pour en ménager les articulations.

La main droite ne doit tirer que sur le membre de même nom qui est en dessous, et la main gauche sur celui qui est en dessus. Quand on a saisi les hanches, on ne les abandonne que pour aller dégager les épaules. On ne doit donc jamais appliquer la main sur le ventre ni sur la poitrine, car on risquerait alors de contondre le foie, naturellement plus volumineux chez le fœtus que chez l'adulte, et on intercepterait peut-être la circulation, en gênant les mouvemens du cœur.

Aussitôt que les fesses arrivent au passage, on insinue l'index et le médius de la main gauche le long du ventre de l'enfant pour s'assurer de l'état de l'ombilic. S'il est trop fortement tiraillé, pour en prévenir la rupture, on fait descendre une anse du cordon, en tirant sur la portion qui tient au placenta, et on réitère la même chose autant de fois qu'il est nécessaire, à mesure que le tronc se dégage. Quand le cordon passe entre les cuisses de l'enfant, on tire sur la portion qui remonte le long du dos, et on tâche d'en faire une anse, dans laquelle on fait passer un des membres abdominaux, pour le faire glisser ensuite sur la fesse et vers le côté qui lui répond. Dans ce dernier cas, si le relâchement du cordon est impossible, parce qu'il est naturellement trop court, ou parce qu'il s'entortille autour du cou de l'enfant, on le coupe, et on en froisse les bouts avec les doigts : en tirant alors avec opiniâtreté sur les hanches, on aurait à craindre la déchirure de l'ombilic : accident qui, quoique rarement fâcheux, doit être néanmoins prévenu toutes les fois qu'on le peut.

Après la sortie des membres abdominaux, le tronc descend pour l'ordinaire sans difficulté, jusqu'à l'arrivée des aisselles au détroit supérieur. Mais alors il est plus ou moins retardé dans sa marche, soit par la saillie des épaules, soit par la flexion des bras qui ne s'allongent que lentement le long du cou et de la tête.

Pour surmonter cet obstacle, au lieu de continuer sur les hanches des tractions qui pourraient fatiguer ou tirailler la colonne vertébrale, on relève d'abord le tronc de l'enfant vers l'aine droite de la femme, et on le rabaisse ensuite vers la partie postérieure et

interne de la cuisse gauche. Ces mouvemens alternatifs d'élévation et d'abaissement doivent s'exécuter avec beaucoup de lenteur, et avoir néanmoins assez d'étendue pour faire descendre peu à peu les épaules dans l'excavation du bassin, sans nuire à l'enfant.

Aussitôt que les aisselles paraissent à la vulve, on s'empresse de dégager les bras, en commençant toujours par celui qui est au-dessous, et qui est moins serré que l'autre. Pour cela on relève le tronc de l'enfant vers l'aine droite, et on le soutient de la main gauche, pendant que le pouce, l'indicateur et le médius de la droite saisissent et abaissent l'épaule autant qu'ils peuvent, suivant la longueur du tronc. On change ensuite la position de la dernière main; on insinue dans le creux de l'aisselle le pouce qui était auparavant sur l'épaule, et réciproquement on glisse l'index et le médius qui étaient sous l'aisselle, le long du bras et de la partie postérieure du cou de l'enfant. Arrivés au pli du coude, ces trois doigts le font descendre et dégagent l'avant-bras et la main; en les ramenant de dehors en dedans vers la poitrine.

Lorsque le bras est dégagé, on l'enveloppe du même linge qui entoure l'enfant, et on abaisse le tronc vers la partie postérieure et interne de la cuisse gauche de la femme. On le soutient alors de la main, tandis que de l'autre on abaisse et on dégage, suivant les mêmes règles, le second bras qui est en dessus.

Après avoir dégagé les membres thorachiques, on songe à l'extraction de la tête. Pour en venir à bout, on saisit les pieds de la main gauche, et on avance la droite jusqu'au visage, afin d'en reconnaître la position. Alors, conformément au mécanisme de l'accouchement naturel, on le place de côté vers la symphyse sacro-iliaque droite; on introduit un doigt dans la bouche, non pour accrocher et entraîner la mâchoire inférieure, mais pour fléchir le menton sur la poitrine, et l'empêcher de s'arrêter dans le bassin; on fixe le tronc sur l'avant-bras droit, et on porte l'index et le médius de la main gauche au-dessus des épaules; on fait descendre la tête dans l'excavation, en tirant suivant l'axe du détroit supérieur; ensuite, on lui fait exécuter le mouvement de rotation, et on ramène l'occiput sous le pubis; on relève le tronc, sans cesser de tenir le menton appuyé sur la poitrine; on tâche de dérider le vagin, en portant la tête de droite à gauche; enfin, dès que le périnée fait saillie, on le soutient de la main gauche pour en prévenir la déchirure, et on achève de dégager la tête en la relevant vers le pubis avec la main droite.

Il est rare que l'extraction de la tête présente de grandes difficultés à l'accoucheur instruit et bien pénétré des vrais principes de l'art, lorsque le bassin est bien conformé, et que les parties molles, dont il est tapissé, prêtent convenablement, comme nous l'avons supposé. Il ne s'agit alors que de seconder les efforts de la nature, et de suivre exactement les règles qu'elle trace en agissant toute seule. Mais, pour peu qu'on s'en écarte, on risque de travailler sans fruit, et la main, au lieu d'être secourable, devient presque toujours meurtrière pour l'enfant.

Dans le cas où la tête se trouverait arrêtée, soit à cause d'une légère disproportion avec le bassin, soit à cause de la rigidité des parties molles, Smellie, et tous les accoucheurs prudens qui lui ont succédé, conseillent d'agir immédiatement et exclusivement sur elle, et de l'entraîner avec le forceps. Cette méthode peut bien n'être pas toujours suffisante pour sauver la vie à l'enfant, mais elle est au moins le plus souvent préférable à toutes les secousses, à tous les mouvemens en fronde ou de rotation, enfin, à toutes les manœuvres inconsidérées qu'exercent des ignorans plus accoutumés à compter sur la vigueur de leur bras, qu'à réfléchir sur le mécanisme de l'accouchement naturel qu'ils devraient toujours imiter.

Seconde position.

De l'accouchement où l'enfant présente les pieds, les talons répondant à la cavité cotyloïde droite.

Dans cette seconde position, le dos de l'enfant regarde le côté droit de la mère, tandis que dans la première il en regardait le côté gauche. Mais cette légère différence n'indique aucun procédé particulier, puisqu'elle n'apporte aucun changement dans le rapport des dimensions de l'enfant avec celles du bassin.

Ainsi, la main gauche saisira les pieds pour les dégager, et lorsque les fesses arriveront au passage, la droite ira relâcher le cordon ombilical, s'il est trop tendu; ensuite, la première relevera l'enfant vers l'aine gauche, et la seconde l'abaissera à son tour vers la partie postérieure et interne de la cuisse droite, pour faire descendre le tronc et les épaules.

Les aisselles paraissant à la vulve, la main gauche dégagera le bras de même nom qui est en dessous, et la droite celui qui est sous le pubis, mais toujours d'après les règles que nous avons établies.

Pour extraire la tête, la main droite saisira les pieds et soutiendra le tronc, pendant que la gauche ira reconnaître la position du visage, et le placera de côté vers la symphyse sacro-iliaque gauche. Ensuite, le tronc étant assujéti sur l'avant-bras gauche, l'index et le médius de la main droite, légèrement courbés, se placeront au-dessus des épaules. L'indicateur de la main gauche introduit dans la bouche de l'enfant tiendra le menton penché sur la poitrine, et facilitera la descente de la tête dans l'excavation du bassin. Les deux mains agiront alors simultanément et en sens opposé, pour lui faire exécuter le mouvement de rotation; et lorsque le périnée sera fortement tendu, la main droite ira le soutenir, pendant que la gauche achevera l'opération en relevant le tronc vers le pubis.

Troisième position.

De l'accouchement où l'enfant présente les pieds, les talons répondant à la symphyse sacro-iliaque droite.

Cette position, entièrement opposée à la première, est bien moins favorable qu'elle. A la vérité, le tronc et la tête de l'enfant

se présentent diagonalement à l'entrée du bassin; mais le visage répond à la partie antérieure gauche de la mère, ce qui peut entraîner plus ou moins de difficultés.

Pour les prévenir, on corrige cette position, et on la réduit à la seconde. On saisit donc les pieds avec la main gauche, aussitôt que les eaux se sont écoulées, et on les dégage, en tournant peu à peu les talons vers la fosse iliaque et la cavité cotyloïde droites. Ensuite, à mesure que le tronc descend, les deux mains saisissent les deux hanches, et leur impriment un mouvement de spirale, pour diriger le dos vers la même cavité cotyloïde, et la poitrine vers la symphyse sacro-iliaque gauche. Après cette réduction, on termine l'accouchement comme dans la position précédente.

Cette opération est toujours assez facile, si on l'entreprend aussitôt que les membranes se sont déchirées. Mais on n'arrive souvent auprès de la femme que long-temps après l'écoulement des eaux, et lorsque la matrice s'est fortement contractée, l'enfant doit donc éprouver alors beaucoup de frottemens et de résistance pour exécuter les mouvemens qu'on cherche à lui imprimer; on conçoit même que la poitrine peut être ramenée vers la symphyse sacro-iliaque gauche, sans que la tête change de situation, et sans que le visage s'écarte de la cavité cotyloïde du même côté; d'où résulte nécessairement une espèce de torsion du cou d'autant plus dangereuse qu'elle a été exécutée plus brusquement. Dans cet état de choses, après avoir dégagé les bras avec beaucoup de ménagement, on s'empresse d'examiner la position du visage, pour lui faire subir le même déplacement qu'à la poitrine, et pour extraire ensuite la tête, suivant les règles indiquées.

Quelquefois le tronc est sorti jusqu'aux lombes, tandis que la poitrine et la tête sont étroitement embrassées par la matrice. Dans ce cas-là, au lieu de faire rouler le corps de l'enfant sur son axe, comme quelques praticiens le conseillent, on introduit les quatre doigts de chaque main dans le bassin, ceux de la droite vers le pubis, et ceux de la gauche vers le sacrum de la mère. Appuyant alors de l'une sur les lombes, et de l'autre sur le ventre de l'enfant, on le refoule dans l'intervalle des douleurs, et on le tire aussitôt après, en inclinant le dos vers la cavité cotyloïde droite, et la poitrine vers la symphyse sacro-iliaque opposée. Cette répulsion et cette traction alternatives doivent être répétées et continuées jusqu'à ce que le tronc soit situé comme dans la seconde position des pieds. On dégage ensuite les épaules; on corrige la position du visage, si elle est encore défectueuse, et on achève l'opération comme à l'ordinaire.

Si la tête, encore mal placée et fortement retenue au détroit supérieur, était le seul obstacle à vaincre pour terminer l'espèce d'accouchement qui nous occupe, ce serait encore inutilement qu'on essaierait de ramener le visage à une position convenable, en faisant rouler le tronc sur son axe. La mobilité du cou, toujours d'autant plus grande qu'il a été plus tiraillé, faciliterait plutôt la détroncation du fœtus que ce déplacement. Il faut donc, pour

mouvoir la tête, agir immédiatement sur elle. En conséquence, après avoir dégagé les bras avec le plus grand soin, on porte les doigts de la main gauche sur l'occiput, et ceux de la droite sur le menton; on ébranle et on refoule un peu la tête; ensuite on ramène l'occiput vers la cavité cotyloïde droite, et le visage vers la symphyse sacro-iliaque gauche; le reste comme ci-dessus.

Dans les mouvemens de rotation ou de spirale qu'on imprime au tronc pour corriger la position du visage, presque toujours le bras qui est en devant se dirige obliquement vers le cou, et se trouve ensuite plus ou moins serré entre la tête et le pubis. Quand on s'aperçoit de cette déviation, on refoule la tête, comme nous venons de le dire, et du doigt indicateur porté derrière le pubis, on ramène l'avant-bras vers la fosse iliaque gauche; ce qui en facilite l'abaissement.

Quatrième position.

De l'accouchement où l'enfant présente les pieds, les talons répondant à la symphyse sacro-iliaque gauche.

Cette position est opposée à la seconde; elle offre les mêmes indications que la troisième, avec cette différence qu'il faut la réduire à la première, pour empêcher le visage de s'engager derrière le pubis, après le mouvement de rotation.

On saisira donc les pieds avec la main droite; on inclinera peu à peu les talons, le dos et l'occiput vers la cavité cotyloïde gauche, tandis que les orteils, la poitrine et le visage se dirigeront vers la symphyse sacro-iliaque droite. Après ce déplacement on se conduira comme dans la première position des pieds.

Si la tête ne change pas de situation pendant qu'on fait rouler le tronc, ou que le bras gauche, dirigé obliquement vers le col, soit serré entre la tête et le pubis, on surmonte ces difficultés en suivant les règles déjà indiquées.

La raison et l'expérience s'accordent à prouver que les talons ne répondent que très-rarement au pubis ou à la saillie sacro-vertébrale, comme dans la troisième et quatrième positions admises par les auteurs; voilà pourquoi nous avons jugé à propos de n'en point faire mention d'une manière expresse. Au reste, dans ces sortes de cas, s'ils venaient à se rencontrer, la nature elle-même indique presque toujours la marche qu'on doit suivre. Car le visage ou l'occiput, arrivés sur la saillie sacro-vertébrale, s'en écartent presque toujours par un mouvement de rotation spontanée, et se dirigent vers l'une ou l'autre des symphyses sacro-iliaques, pour se placer comme dans les positions que nous avons adoptées. Par conséquent, dans l'hypothèse des auteurs, la véritable indication serait d'opérer cette réduction ou ce déplacement avec la main, en faisant exécuter de bonne heure au tronc les divers mouvemens ou inclinaisons nécessaires pour changer la situation de la tête et la position du visage.

DEUXIÈME GENRE.

Des accouchemens dans lesquels l'enfant présente les genoux.

Ce genre d'accouchement n'exige le secours de la main que lorsqu'un des genoux s'engage, l'autre étant retenu sur la marge du bassin, ou lorsque les deux genoux, parvenus dans l'excavation, s'y accrochent de manière que les jambes se présentent de front; ou enfin lorsque le travail naturel se complique d'accidens qui menacent les jours de la mère ou de l'enfant, tels que l'hémorrhagie, les convulsions, la syncope, etc.

Nous avons déjà indiqué les différentes positions que les genoux peuvent prendre à l'égard du bassin, et les signes qui les caractérisent. Il ne reste donc plus qu'à exposer les indications à remplir pour dégager les pieds; car ensuite l'accouchement se termine comme dans les différentes positions du genre précédent auquel il se trouve réduit.

De deux choses l'une : ou les genoux sont encore au-dessus de la marge du bassin, ou bien ils en occupent l'excavation. Dans le premier cas, on introduit dans la matrice la main qui répond aux jambes de l'enfant, on l'avance jusqu'aux fesses, on saisit les pieds, et on les dégage, en faisant glisser les membres l'un sur l'autre, et de dehors en dedans.

Dans le second cas, si l'on ne rencontre qu'un genou dans l'excavation du bassin, on va préalablement chercher l'autre; s'ils se présentent tous les deux en même temps, on en favorise la progression de l'index de chaque main, un peu recourbé sur le pli du jarret, ou à l'aide d'un lacs, ou avec le crochet mousse qui termine le forceps de Levret. Lorsque les genoux sont fortement arc-boutés dans le bassin, et que les fesses font avancer les deux jambes de front, il faut nécessairement refouler le bas du tronc, afin de dégager les pieds avec plus de facilité.

Pour appliquer le lacs dont nous venons de parler, on prend un ruban de fil d'un pouce de large et d'une aune de long, plié en deux. On en fait une anse dont on recouvre l'extrémité du doigt indicateur, et qu'on y assujétit, en tirant plus ou moins de l'autre main sur les deux chefs. On l'insinue dans le pli du jarret, jusqu'à ce qu'on puisse le fixer du pouce dirigé entre les deux genoux. On le reprend ensuite des deux doigts, et on en dégage un chef, qu'on assemble avec l'autre, pour les entortiller autour de plusieurs doigts, et pour tirer dessus, suivant l'axe du bassin; pendant ces tractions, le doigt indicateur de l'autre main, légèrement recourbé, s'applique sur le côté externe du second genou, et l'entraîne dans la même direction.

Pour se servir du crochet qui termine le forceps de Levret, on en insinue de même l'extrémité olivaire dans le pli du jarret de dehors en dedans, et on tire ensuite sur l'instrument comme sur le lacs.

TROISIÈME GENRE.

De l'accouchement où l'enfant présente les fesses.

Peu importe au praticien d'expliquer pourquoi l'enfant vient par les fesses; le point essentiel ici est de prêter une main secourable à la mère, lorsqu'elle ne peut se débarrasser du produit de la conception par les seules forces de la nature.

Il est toujours assez facile de reconnaître les fesses immédiatement après la rupture des membranes; mais les signes qui les caractérisent sont plus ou moins équivoques, avant ou long-temps après l'écoulement des eaux : dans le premier cas, l'enfant, à cause de sa mobilité, fuit l'approche et les recherches du doigt; dans le second, les fesses, plus ou moins tuméfiées et engorgées, ont perdu la forme et la mollesse qui leur sont propres.

Le ministère de la main est nécessaire pour terminer ce genre d'accouchement, toutes les fois que l'une des fesses se présente, tandis que l'autre est encore retenue ou arc-boutée; ou que les deux fesses forment un volume disproportionné à la filière du bassin; ou que le travail se complique d'accidens plus ou moins redoutables.

La principale indication, dans ces différentes circonstances, est de réduire d'abord l'enfant à la première ou à la seconde position des pieds, et de continuer ensuite l'opération comme si ces derniers se présentaient naturellement.

Cela posé, ou les fesses sont encore au-dessus du détroit supérieur, ou bien elles sont déjà engagées dans l'excavation du bassin. Le premier de ces deux cas est celui qui offre le moins de difficultés, et le seul qui permette d'aller chercher les pieds, pour les dégager avant de tirer sur les fesses. Or, voici les procédés qu'on suit pour atteindre ce but.

Dans la première position, les fesses répondent à la cavité cotyloïde gauche, et les cuisses à la symphyse sacro-iliaque droite. On introduit alors la main gauche dans la matrice, on refoule les fesses vers la fosse iliaque gauche, on conduit les doigts réunis le long de la partie postérieure des cuisses et des jambes, si elles sont allongées vers la poitrine; enfin on saisit les pieds, et on les amène à l'entrée de la vulve.

Dans la seconde position, les fesses répondent à la cavité cotyloïde droite, et les cuisses à la symphyse sacro-iliaque gauche. On introduit alors la main droite dans la matrice, on refoule les fesses vers la fosse iliaque droite, on conduit les doigts réunis le long de la partie postérieure des cuisses et des jambes de l'enfant, si elles sont allongées vers la poitrine; on saisit les pieds, et on les amène à l'entrée de la vulve.

Dans la troisième position, qui est opposée à la première, les fesses répondent à la symphyse sacro-iliaque droite, et les cuisses à, la cavité cotyloïde gauche. On introduit encore la main droite

dans la matrice, on saisit les fesses, en fixant le pouce sur la hanche droite, et les autres doigts sur la hanche opposée; on dirige les cuisses de l'enfant vers la symphyse sacro-iliaque gauche, et les fesses vers la cavité cotyloïde droite. Après avoir ainsi réduit cette position à la seconde, on continue l'opération comme si celle-ci se présentait naturellement.

Dans la quatrième position, les fesses répondent à la symphyse sacro-iliaque gauche, et les cuisses à la cavité cotyloïde droite. On introduit alors la main gauche dans la matrice, on saisit les fesses, en fixant le pouce sur la hanche gauche, et les autres doigts sur la hanche droite; on dirige les cuisses de l'enfant vers la symphyse sacro-iliaque droite, et les fesses vers la cavité cotyloïde gauche. Après avoir ainsi réduit cette position à la première, on opère comme si celle-ci se présentait naturellement.

Lorsque les fesses sont engagées et comme enclavées dans l'excavation du bassin, on rencontre beaucoup plus d'obstacles pour dégager les pieds que dans le premier cas. Alors on tenterait inutilement de refouler les fesses pour aller chercher les pieds, surtout si elles avaient franchi l'orifice de l'utérus. Il vaut donc mieux en favoriser la progression au moyen des doigts, ou d'un lacs, ou des crochets mousses introduits dans le pli des aines. Mais ces derniers méritent le plus souvent la préférence, soit parce qu'il est rare que les doigts suffisent, soit parce qu'il est très-difficile, pour ne pas dire impossible, d'appliquer les lacs. Lorsqu'un seul crochet suffit, on l'insinue toujours dans le pli de l'aine qui répond à la partie postérieure du bassin.

Quel que soit le moyen qu'on mette en usage, on tirera sur les fesses parallèlement à l'axe du détroit supérieur, pour les amener à la vulve, et pour dégager ensuite les pieds; mais dans les deux dernières positions, on tâchera en même temps de faire exécuter au tronc un quart de tour latéral, pour réduire la troisième à la seconde, et la quatrième à la première.

Des praticiens, même célèbres, ont employé le forceps pour extraire les fesses déjà engagées dans le bassin. Ce procédé, toujours fort dangereux, sinon meurtrier pour l'enfant, pourrait être imité tout au plus quand celui-ci est privé de la vie.

SECOND ORDRE.

Des accouchemens qu'on ne peut terminer avec la main seule, sans retourner l'enfant.

Ce serait en vain, ou avec un faible espoir de réussir, qu'on entreprendrait de terminer un accouchement quelconque avec la main, sans avoir préalablement amené les pieds de l'enfant à la vulve. Or, ces extrémités se dirigent ordinairement vers le fond de la matrice, lorsque la tête se présente au détroit supérieur; et ils sont toujours plus ou moins éloignés de l'orifice de ce viscère, lorsque le tronc est situé en travers, ou d'avant en arrière à l'entrée du bassin : donc la première indication, dans ces deux cas, est de

retourner ou de pelotonner l'enfant en totalité ou en partie, avant d'en faire l'extraction, lorsque la mère ne peut s'en débarrasser par les seules forces de la nature.

PREMIER SOUS-ORDRE.

Des accouchemens où l'enfant présente la tête.

Lorsque l'enfant vient par la tête, il peut en offrir le sommet, l'occiput, le visage ou les deux régions temporales à l'entrée du bassin : de là quatre genres d'accouchemens bien distincts.

PREMIER GENRE.

Des accouchemens où l'enfant présente le sommet de la tête au détroit supérieur.

Ce genre d'accouchement se terminerait toujours de lui-même, si la tête, constamment proportionnée au bassin, pouvait en traverser la filière, conformément au vœu de la nature; si, d'un autre côté, les parties génitales de la femme étaient convenablement disposées à lui livrer passage, et si le travail ne se compliquait jamais d'accidens. Ce n'est, en effet, que de ces différentes sources que proviennent les difficultés qui exigent plus ou moins impérieusement les secours de l'art.

Or, la main est le plus souvent, et même presque toujours insuffisante pour terminer l'accouchement, lorsque les dimensions de la tête sont disproportionnées à celles du bassin; il serait donc inutile alors de retourner l'enfant et d'en entreprendre l'extraction par les pieds, à moins que cette disproportion ne fût très-légère. Toutefois nous sommes bien éloigné de partager à ce sujet l'opinion d'un des accoucheurs modernes qui ont eu le plus de célébrité. Il prétend que la tête, à raison de sa structure, s'affaisse et s'engage plus facilement, quand l'enfant vient par les pieds, si elle est bien dirigée, que lorsqu'elle vient la première. Nous pensons, au contraire, avec un grand nombre d'autres praticiens, qu'elle offre alors sa plus grande largeur de front au détroit supérieur, comme on peut s'en convaincre en jetant un coup d'œil sur l'enfant. D'ailleurs, dans l'accouchement artificiel, la main agit toujours d'une manière plus ou moins brusque, et ne peut imiter cette lenteur ou cette modération que la nature met dans ses œuvres; ce qui doit nécessairement diminuer l'espoir de conserver l'enfant.

La main est encore insuffisante, lorsque les parties génitales de la femme, à cause d'un vice de conformation naturel ou accidentel, s'opposent au passage de l'enfant. Ce cas-là, ainsi que le précédent, peuvent exiger l'application des instrumens, tels que le forceps, les crochets, même l'opération césarienne, etc.

Il résulte de là que l'usage de la main dans les accouchemens non naturels, où l'enfant présente le sommet de la tête, n'est avantageux et ne mérite réellement la préférence, que lorsque le tra-

vail est troublé ou suspendu par quelque accident plus ou moins dangereux, par une hémorrhagie, des convulsions, des syncopes, par la faiblesse ou l'épuisement de la femme, etc.; encore faut-il, dans ces cas-là, que la tête soit au-dessus du détroit supérieur, ou peu engagée dans l'excavation du bassin, sans quoi la version de l'enfant serait très-difficile, même impossible.

En effet, tant que la tête est dans le grand bassin, rien ne s'oppose aux mouvemens qu'elle doit exécuter pour aller prendre la place des pieds qu'on amène à la vulve; il ne s'agit alors que de surmonter la résistance qu'oppose la matrice, plus ou moins contractée sur l'enfant. Au contraire, lorsque la tête a déjà franchi le détroit supérieur, le pelotonnement est d'autant plus difficile, qu'elle est plus avancée dans l'excavation; car alors, ou la tête est encore enveloppée du col de la matrice, ou bien elle a traversé l'orifice de ce viscère, et se trouve complètement dans le vagin. Le premier cas, quoique embarrassant, n'exclut pas entièrement l'usage de la main; il est possible encore de retourner l'enfant et de l'amener par les pieds, pourvu toutefois qu'on refoule auparavant la tête au-dessus du détroit supérieur, dans une direction opposée à celle qu'elle a suivie pour descendre. Cette opération préliminaire est d'autant plus facile, que le détroit supérieur est plus évasé, et qu'on a moins différé de terminer l'accouchement après l'évacuation des eaux de l'amnios. En général, il vaut mieux donner ici la préférence au forceps, pour entraîner la tête au dehors, que de la refouler. Mais ce dernier instrument est toujours exclusivement indiqué dans le second cas, lorsque la tête est complètement dans le vagin; car il est impossible alors de la faire rentrer dans la matrice d'où elle est déjà sortie, et on déchirerait plutôt les connexions de ce viscère avec le vagin, qu'on ne réussirait dans une pareille entreprise. L'accoucheur ne serait-il donc pas inexcusable si, faute de s'être pourvu du forceps, il laissait périr la mère et l'enfant ou l'un d'eux seulement; ou si, trop plein de confiance dans la force de son bras, il tentait quelque manœuvre téméraire?

Mais ce serait trop restreindre le ministère de la main dans les accouchemens non naturels, où le sommet de la tête se présente, que de le borner à pelotonner et à extraire l'enfant, lorsque le travail se complique de quelque accident. Il est encore d'autres circonstances où il peut être utile et avantageux; c'est lorsqu'il s'agit de ramener la tête à sa situation ou à sa direction naturelle; car, pour peu qu'elle s'écarte de l'une ou de l'autre, il est certain qu'elle ne peut plus suivre, en traversant le bassin, une marche conforme au mécanisme de l'accouchement naturel.

Or, premièrement, la tête est mal située, lorsque l'occiput ou le front, au lieu de répondre à l'une des cavités cotyloïdes, regarde le pubis; car alors le diamètre occipito-frontal, qui est de quatre pouces et un quart, se présente de front au diamètre sacro-pubien du détroit supérieur, qui n'a que quatre pouces; d'où résulte une disproportion relative, qui, quoique légère, peut néanmoins re-

tarder beaucoup le travail, et le rendre même inutile ou infructueux. On doit donc alors tâcher de ramener avec la main la tête à sa situation diagonale; si ce déplacement est impossible, parce qu'on aura trop différé de l'entreprendre après l'évacuation des eaux, ou si, après l'avoir opéré, on voit que la tête tarde trop à s'engager, il faut nécessairement retourner l'enfant et l'amener par les pieds.

Secondement, la tête prend une direction vicieuse toutes les fois que ses deux extrémités, c'est-à-dire, la fontanelle postérieure et le menton, ne se trouvent point dans l'axe du détroit abdominal; car alors elle tend à présenter le front ou l'occiput, ou l'un des pariétaux, selon qu'elle s'incline trop en arrière, ou en avant, ou sur les côtés; elle doit donc s'engager avec beaucoup de difficultés, ou plutôt s'arc-bouter contre quelqu'un des points du détroit abdominal; soit que la cause de cette déviation dépende de l'obliquité de la matrice, comme Levret l'avait imaginé; soit qu'on doive l'attribuer à une direction vicieuse des forces expulsives, suivant le professeur Baudelocque; soit qu'elle vienne de la mobilité de l'enfant avant la déchirure des membranes, comme c'est plus vraisemblable. Quoi qu'il en soit, si l'on est appelé de bonne heure, ou peu de temps après l'évacuation des eaux, on tâchera de prévenir l'obstacle qui pourrait s'opposer à l'accouchement, en maintenant le plus grand diamètre de la tête dans la direction de l'axe du détroit abdominal, jusqu'à ce qu'elle se soit engagée. Pour y parvenir, on corrigera d'abord l'obliquité de la matrice, si elle est excessive, en faisant coucher la femme sur le côté opposé, ou en exerçant une pression convenable sur le ventre. Si ces moyens ne suffisent pas, on introduira un ou plusieurs doigts vers l'orifice de l'utérus, et on essaiera de ramener le vertex au centre du détroit supérieur, en repoussant la partie qui se présente à sa place, ou en abaissant celle qui lui est opposée; par exemple, lorsque le front avance, on le soutient, on le refoule même pendant les douleurs, en évitant soigneusement d'appuyer le bout des doigts sur la fontanelle antérieure, et on laisse descendre l'occiput par les seules forces de la nature, ou bien on introduit l'index et le doigt du milieu de l'autre main derrière la protubérance occipitale pour l'abaisser. Il en serait de même, si l'un des pariétaux se présentait au détroit supérieur; on repousserait le bas de la région temporale, ou l'on tâcherait d'abaisser le sommet. Tels seraient encore les moyens qu'on devrait essayer de mettre en usage, si l'on ne se trouvait auprès de la femme que lorsque la tête, déjà arc-boutée contre le rebord du bassin, ne pourrait plus descendre à cause de sa mauvaise direction. Mais on conçoit que l'espoir du succès diminuerait alors en raison du temps qui se serait écoulé depuis l'évacuation des eaux; il vaudrait donc mieux entreprendre de suite de pelotonner l'enfant et de l'amener par les pieds.

Nous ne parlerons point ici de la mauvaise situation ni de la mauvaise direction que la tête peut prendre dans l'excavation, ou au détroit inférieur; l'une peut rarement être corrigée avec la

main sans le secours du forceps, et l'autre sans le secours du levier; nous aurons donc occasion d'en reparler en traitant de l'application de ces deux instrumens.

Après avoir ainsi déterminé le cas où la main peut être de quelque avantage pour terminer les accouchemens contre nature, lorsque l'enfant présente le sommet de la tête, il ne reste plus qu'à décrire les procédés opératoires dans chacune des positions dont nous avons fixé le nombre et indiqué les signes, en parlant des accouchemens naturels du même genre.

Première position.

De l'accouchement où l'enfant présente le sommet de la tête, l'occiput répondant à la cavité cotyloïde gauche.

Pour peu qu'on réfléchisse sur cette position, on voit que le tronc de l'enfant doit être pelotonné de gauche à droite, par rapport au bassin de la mère. C'est donc alors de la main gauche qu'il faut se servir, après avoir préalablement porté la droite sur l'abdomen, vers le fond de la matrice.

La femme étant convenablement située, on introduit la première dans le vagin, en lui donnant une position presque moyenne entre la supination et la pronation, et en la dirigeant parallèlement à l'axe du détroit inférieur. Parvenue à la hauteur de la saillie sacro-vertébrale, on l'insinue dans la matrice de bas en haut et de derrière en devant, suivant la direction de l'axe du détroit supérieur; on saisit le sommet de la tête, sans trop serrer; on le soulève un peu, et on le refoule vers la fosse iliaque gauche, d'où on l'empêche de redescendre pendant le reste de l'opération, en l'y maintenant du poignet et de l'avant-bras.

Ensuite on passe successivement les doigts réunis sur l'oreille gauche, derrière l'épaule, dont on évite la saillie, sur le côté correspondant de la poitrine, sur le flanc, sur la hanche, et on arrive sur les fesses, où l'on trouve le plus ordinairement les pieds. On les saisit du bout des doigts légèrement recourbés, et on les entraîne tous les deux en même temps, ou un seul à la fois, en les faisant glisser l'un sur l'autre de dehors en dedans, vers la poitrine de l'enfant. Dès qu'ils sont arrivés à la vulve, on tire uniquement sur celui qui est en dessus ou qui répond au pubis, pour faire engager les fesses, et pour ramener le tronc à la seconde position des pieds; le reste comme si cette dernière s'était présentée naturellement.

Quelquefois l'un des deux pieds vient à échapper, ou l'on ne peut en dégager qu'un seul : alors, dès que celui-ci est à la vulve, on y attache un lacs, sur lequel on tire de loin avec la main droite, pendant que la main gauche, introduite à l'entrée de la matrice, écarte encore la tête du détroit supérieur, si cela est nécessaire, et va chercher l'autre extrémité.

Lorsque les deux pieds sont dans le vagin, si l'on a besoin de recourir au lacs, on ne l'applique jamais que sur l'un d'eux, et

préférablement sur celui qui est au-dessous du pubis. Dans tous les cas, on prend un ruban qu'on plie dans son milieu, et dont on fait un anneau ou un nœud coulant, en passant les deux chefs dans l'anse qui en résulte. On y engage ensuite le pied jusqu'au bas de la jambe; ce qui est d'autant plus facile, que cette extrémité est plus près de la vulve.

Seconde position.

De l'accouchement où l'enfant présente le sommet de la tête, l'occiput répondant à la cavité cotyloïde droite.

Dans cette position, la face antérieure de l'enfant répond à la symphyse sacro-iliaque gauche du bassin. Il faut donc le pelotonner de droite à gauche, et avec la main droite, après avoir porté l'autre sur l'abdomen, vers le fond de la matrice.

La première, introduite à l'entrée de la matrice, suivant les règles déjà indiquées, soulève un peu la tête et la refoule vers la fosse iliaque droite. Elle parcourt ensuite le côté droit de l'enfant jusqu'aux fesses, et y accroche les pieds qu'elle entraîne à la vulve; on tire ensuite un peu plus sur l'extrémité gauche qui est sous le pubis, et on place le tronc comme dans la première position des pieds.

Troisième position.

De l'accouchement où l'enfant présente le sommet de la tête, l'occiput répondant à la symphyse sacro-iliaque droite.

Cette position est opposée à la première, et la face antérieure de l'enfant répond à la partie antérieure et latérale gauche du bassin; il faut donc le pelotonner encore avec la main droite, et le réduire à la première position des pieds.

Quatrième position.

De l'accouchement où l'enfant présente le sommet de la tête, l'occiput répondant à la symphyse sacro-iliaque gauche.

Cette position est opposée à la seconde, et la face antérieure de l'enfant répond à la partie antérieure et latérale droite du bassin; il faut donc le pelotonner avec la main gauche et l'extraire comme dans la seconde position des pieds.

REMARQUE.

Si l'occiput répondait à la symphyse du pubis, comme dans la troisième position admise par les auteurs, le procédé manuel qui serait indiqué se déduirait facilement des principes généraux que nous avons établis.

Dans ce cas-là, il serait indifférent de se servir de l'une ou de l'autre main; la droite, après avoir un peu refoulé la tête, en diri-

gerait l'occiput vers la cavité cotyloïde droite, et pelotonnerait l'enfant, comme dans la seconde position du sommet; la main gauche, au contraire, dirigerait l'occiput vers la cavité cotyloïde gauche, et se conduirait comme dans la première position de ce genre.

De même, si l'occiput répondait à la saillie sacro-vertébrale, comme dans la sixième position admise par les auteurs, l'une ou l'autre main pourrait être employée indifféremment. La droite, après avoir un peu refoulé la tête, en dirigerait l'occiput vers la symphyse sacro-iliaque droite du bassin, et la gauche, au contraire, vers la symphyse sacro-iliaque gauche. L'une pelotonnerait donc l'enfant, comme dans la troisième position que nous avons adoptée, et l'autre comme dans la quatrième.

DEUXIÈME GENRE.

Des accouchemens où l'enfant présente la région occipitale au détroit supérieur.

Dans ce genre d'accouchemens, il est évident que la tête est dans une disproportion relative avec le bassin ; donc elle ne pourrait en traverser naturellement la filière, si elle conservait toujours la même direction dans le cours du travail.

La plupart des accoucheurs attribuent la présence de la région occipitale sur l'entrée du bassin à l'obliquité de la matrice; mais il est plus vraisemblable qu'elle dépend de la grande quantité d'eau renfermée dans ce viscère, d'où résulte nécessairement la mobilité de la tête et la déviation de son diamètre occipito-mentonnier, par rapport à l'axe du détroit supérieur.

Les signes auxquels on reconnaît la région occipitale, sont la fontanelle postérieure, la suture lambdoïde ou occipito-pariétale, et les espaces membraneux qui en terminent les branches.

Cette région peut se présenter dans quatre positions différentes. Dans la première, le sommet de la tête est appuyé contre la symphyse sacro-iliaque droite, et la nuque sur la cavité cotyloïde gauche.

Dans la seconde position, le sommet de la tête répond à la symphyse sacro-iliaque gauche, et la nuque à la cavité cotyloïde droite.

Dans la troisième position, le sommet de la tête regarde la cavité cotyloïde gauche, et la nuque est contre la symphyse sacro-iliaque droite : cette position est donc opposée à la première.

Dans la quatrième position, le sommet de la tête se dirige vers la cavité cotyloïde droite, et la nuque vers la symphyse sacro-iliaque gauche : cette position est donc encore opposée à la seconde.

Nous avons déjà exposé les motifs qui nous ont déterminé à nous écarter de la division des accouchemens admise par les auteurs; nous ajouterons que les quatre positions ci-dessus ont la plus grande analogie avec celle du genre précédent, et que par conséquent elles doivent exiger des procédés manuels à peu près semblables.

Lorsque les contractions de la matrice ne peuvent réduire, après l'écoulement des eaux, la tête à sa direction naturelle, il se présente deux indications à remplir pour terminer ce genre d'accouchement : l'une consiste à ramener le sommet de la tête au milieu du bassin, et l'autre à retourner l'enfant, afin de l'extraire par les pieds. Pour remplir la première, on recommande à la femme de se coucher sur le côté opposé à l'obliquité de la matrice, ou sur celui qui répond au sommet de la tête ; et si cette précaution ne suffit pas, on introduit une main dans la matrice, pour accrocher le haut de la tête, et pour l'entraîner convenablement.

Mais on conçoit qu'il serait très-difficile, pour ne pas dire impossible, d'opérer cette réduction, lorsque les eaux de l'amnios se sont écoulées depuis long-temps, et que la tête est fortement serrée par la matrice. D'ailleurs, quel avantage y aurait-il de ramener le sommet de la tête au centre du bassin, si la femme, déjà épuisée par la longueur du travail, ne pouvait plus se livrer aux efforts nécessaires pour expulser l'enfant? Enfin, que pourrait-on espérer de la nature dans les troisième et quatrième positions, pour peu que le bassin fût resserré? La tête ne pourrait descendre alors sans que le visage vînt en dessus; ce qui est toujours assez désavantageux. Tenterait-on de diriger la tête de manière que l'occiput se présentât sous l'arcade du pubis, dans les derniers temps? Mais on n'y réussirait pas sans de très-grandes difficultés, même en s'y prenant de bonne heure, et dans le temps le plus favorable.

Concluons que, s'il est nécessaire de terminer l'accouchement, il vaut mieux remplir de suite la seconde indication, c'est-à-dire, aller chercher les pieds de l'enfant et les amener à la vulve en le pelotonnant; c'est même le seul parti à prendre lorsque les eaux de l'amnios se sont écoulées depuis long-temps, et lorsque le visage se présente en devant.

Dans la première position, on se sert de la main gauche qu'on introduit dans la matrice, suivant les règles ordinaires. On refoule un peu la tête, et on en dirige l'occiput vers la fosse iliaque gauche. On parcourt ensuite le côté gauche de l'enfant, et on opère comme dans la première position du sommet.

Dans la seconde position, on introduit la main droite dans la matrice ; on dirige l'occiput vers la fosse iliaque droite. On opère, du reste, comme dans la seconde position du sommet.

Dans la troisième position, qui est opposée à la première, on se sert encore de la main droite, comme dans la troisième position du sommet.

Dans la quatrième, qui est opposée à la seconde, on termine l'accouchement, comme dans la quatrième du sommet.

Il est inutile de répéter que, si l'occiput répondait au pubis ou à la saillie sacro-vertébrale, comme les auteurs le supposent, il serait indifférent d'introduire l'une ou l'autre main dans la matrice. Il ne s'agirait alors que de donner une situation diagonale à la tête, et de diriger l'occiput vers l'une des cavités cotyloïdes, ou vers l'une des symphyses sacro-iliaques. Après avoir ainsi réduit la ré-

gion occipitale à l'une des positions que nous avons adoptées, on opérerait comme si celle-ci s'était présentée naturellement.

TROISIÈME GENRE.

Des accouchemens où l'enfant présente le visage.

L'expérience atteste que les accouchemens de ce genre ne sont pas fréquens, sans être néanmoins très-rares. Lorsqu'ils se présentent, ils ne peuvent se terminer seuls, ou sans le secours de l'art, à moins que la tête de l'enfant ne soit très-petite ou le bassin de la femme très-large. On a donc raison de les considérer en général comme des accouchemens non naturels.

Lorsque le visage se présente, on doit moins en accuser l'obliquité de la matrice que la mobilité de la tête avant la rupture des membranes. La sortie prématurée des eaux de l'amnios peut aussi contribuer à cette mauvaise situation. Car si, après l'écoulement de ce liquide, le haut du front est appuyé contre le rebord du bassin, les progrès du travail, au lieu de faire plonger le sommet dans l'excavation, tendront à y faire avancer le menton et à augmenter de plus en plus la déviation de la tête.

Les signes qui caractérisent le visage sont le nez, la bouche, le menton, le rebord des orbites et la suture coronale ; mais pour les reconnaître, il faut toucher la femme immédiatement ou peu de temps après la rupture de la poche des eaux. Car, si l'on attend plus tard, cette région de la tête, naturellement recouverte de parties molles, se gonfle, se défigure, et devient méconnaissable.

Le visage peut se présenter au détroit supérieur dans quatre positions que nous assignerons encore, en nous écartant de la division admise par les auteurs.

Dans la première, le front regarde la cavité cotyloïde gauche, et le menton est situé vers la symphyse sacro-iliaque droite.

Dans la seconde, le front se trouve contre la cavité cotyloïde droite, et le menton vis-à-vis de la symphyse sacro-iliaque gauche.

Dans la troisième, qui est opposée à la première, le front est appuyé sur la symphyse sacro-iliaque droite, et le menton sur la cavité cotyloïde gauche.

Dans la quatrième, qui est opposée à la seconde, le front est placé vers la symphyse sacro-iliaque gauche, et le menton vers la cavité cotyloïde droite.

Lorsque la femme éprouve de trop grandes difficultés pour se délivrer seule des enfans qui présentent le visage, il y a deux indications à remplir : la première consiste à redresser la tête, et la seconde à retourner l'enfant et à l'amener par les pieds.

Le but qu'on se propose en redressant la tête, est d'en rappeler le sommet au centre du détroit supérieur, conformément au mécanisme de l'accouchement naturel. Pour y parvenir, on tâche de faire remonter le visage vers la poitrine, soit en agissant sur les côtés du nez ou sur le menton, soit en accrochant l'occiput du bout

de quelques doigts. Mais comment se flatter de réussir dans une pareille entreprise, si les eaux s'étaient écoulées depuis long-temps, et si la tête, fortement serrée par la matrice, était entièrement immobile? D'ailleurs, après avoir redressé la tête dans les troisième et quatrième positions, le visage ne se présenterait-il pas en devant? Il faudrait donc remédier encore à cet inconvénient, toujours plus ou moins défavorable, et tâcher de ramener l'occiput vers l'une des cavités cotyloïdes, ce qui serait très-difficile, pour ne pas dire impraticable, même dans le moment où les eaux de l'amnios viendraient de s'écouler.

Il résulte de ces considérations que, si des circonstances accidentelles obligent de terminer l'accouchement sur-le-champ, lorsque l'enfant présente le visage, il faut le retourner et l'extraire par les pieds. C'est le plus court et le meilleur moyen de venir au secours de la nature, quand elle est impuissante, ou qu'elle s'écarte de sa marche ordinaire.

Le procédé manuel dans chaque position du visage est, pour ainsi dire, le même que dans la position correspondante et analogue du sommet.

Dans la première position, on introduit la main gauche à l'entrée de la matrice, suivant les règles ordinaires; on repousse la tête vers la fosse iliaque gauche, on parcourt le côté gauche de l'enfant, et on le pelotonne comme dans la première position du sommet, pour achever de l'extraire, comme dans la seconde position des pieds.

Dans la seconde position du visage, on se sert de la main droite, on refoule la tête vers la fosse iliaque droite, on suit le côté droit de l'enfant, et on le pelotonne comme dans la seconde position du sommet, pour achever de l'extraire, comme dans la première position des pieds.

Dans la troisième position, la main droite refoule encore la tête vers la fosse iliaque droite, suit le côté droit de l'enfant, et le pelotonne comme dans la troisième position du sommet de la tête.

Enfin, dans la quatrième, la main gauche se conduit comme dans la quatrième position du sommet.

Si le front répondait à la saillie sacro-vertébrale ou à la symphyse du pubis, comme dans la première ou seconde position dont les auteurs font mention, il faudrait commencer par le déplacer avec l'une ou l'autre main, pour donner à la tête une position diagonale. Après avoir ainsi réduit le visage à l'une des positions que nous avons adoptées, on opérerait comme si celle-ci s'était présentée naturellement.

QUATRIÈME GENRE.

Des accouchemens où l'enfant présente l'un des côtés de la tête.

Dans ce genre d'accouchemens, la direction de la tête est essentiellement vicieuse, puisque le plus grand de ses diamètres, au lieu d'être parallèle à l'axe du détroit supérieur, se présente de-

front à l'entrée du bassin ; ce qui est contraire au mécanisme de l'accouchement naturel.

Parmi les causes auxquelles on attribue cette déviation, aucune ne paraît plus propre à la produire que la grande quantité d'eau renfermée dans la matrice. On conçoit en effet que la tête, plus ou moins mobile au milieu de ce liquide, peut se pencher sur l'une ou sur l'autre épaule, et présenter le côté qui lui est opposé.

Rien de plus facile, après l'évacuation des eaux, que de reconnaître les accouchemens dont il est question ; l'oreille en est le signe caractéristique, et les rapports de son pavillon avec le bassin indiquent toujours quel est le côté de la tête qui se présente, et quelle en est la position.

Chacune des parties latérales de la tête peut se présenter de quatre différentes manières à l'entrée du bassin. Dans la première position, le sommet de la tête répond à la cavité cotyloïde gauche, et la base du crâne à la symphyse sacro-iliaque droite. Mais alors le bord concave de l'oreille, et par conséquent le visage, répondent à la fosse iliaque gauche, si c'est le côté droit, et à la fosse iliaque droite, si c'est le côté gauche.

Dans la seconde position, le sommet de la tête est appuyé sur la cavité cotyloïde droite, et la base du crâne sur la symphyse sacro-iliaque gauche. Les rapports de l'oreille avec le bassin sont les mêmes que dans la position précédente pour chaque côté de la tête ; ce qui aide à les distinguer l'un d'avec l'autre.

Dans la troisième position, le sommet de la tête est placé vers la symphyse sacro-iliaque droite, et la base du crâne vers la cavité cotyloïde gauche. Mais alors on distingue la région temporale droite d'avec la gauche, parce que dans l'une le bord concave, et dans l'autre le bord convexe du pavillon de l'oreille est tourné vers la fosse iliaque droite.

Dans la quatrième, qui est opposée à la seconde, le sommet de la tête se dirige vers la symphyse sacro-iliaque gauche, et la base du crâne vers la cavité cotyloïde droite. Mais le bord concave ou convexe de l'oreille répond à la fosse iliaque droite, selon que la région temporale droite ou gauche se présente à l'entrée du bassin.

Ces accouchemens présentent deux indications différentes, dont l'une consiste à redresser la tête, pour en abandonner l'expulsion aux efforts de la nature, et l'autre à retourner l'enfant pour l'extraire par les pieds.

Dans la première position, on introduit une main à l'entrée de la matrice, et on écarte la base du crâne de la symphyse sacro-iliaque droite, pendant qu'on fait de l'autre main une pression plus ou moins forte sur l'aine gauche, pour obliger le sommet de la tête qui y répond à descendre vers le milieu du bassin. Lorsque ces tentatives sont inutiles pour ramener la tête à sa situation naturelle, soit parce que les eaux de l'amnios se sont écoulées depuis trop long-temps, soit parce que l'accouchement est compliqué de quelque accident qui en exige avec urgence la prompte terminaison, il faut retourner l'enfant de la manière suivante ;

Si c'est le côté droit qui se présente, on introduit la main droite vers la symphyse sacro-iliaque gauche où répond le visage, et on écarte la tête, qu'on pousse vers la fosse iliaque droite; ensuite on parcourt le côté droit de l'enfant, et on va en saisir les pieds sur les fesses, pour le pelotonner comme dans la seconde position du sommet.

Si c'est le côté gauche qui est à l'entrée de la matrice, on introduit la main gauche vers la fosse iliaque droite, où répond le visage; on repousse la tête vers la fosse iliaque gauche, et on retourne l'enfant comme dans la première position où le sommet se présente.

Dans la seconde position, on introduit l'une des deux mains vers la symphyse sacro-iliaque gauche, pour en écarter la base du crâne, pendant que, de l'autre main, on presse avec plus ou moins de force sur le sommet de la tête qui répond à l'aine droite, pour le faire descendre au milieu du bassin; mais lorsque ce déplacement est impossible, ou que des circonstances exigent qu'on termine l'accouchement sur-le-champ, on retourne l'enfant, et on l'extrait par les pieds.

On se sert alors de la main droite ou de la main gauche, suivant que le visage répond à la fosse iliaque gauche ou droite, et on se conduit comme dans la seconde ou première position du sommet de la tête.

Dans la troisième position, on tâche de corriger l'obliquité de la matrice, en la refoulant par une pression convenable vers la partie latérale droite et un peu postérieure du bassin; mais lorsque cette précaution est infructueuse, on tâche de déplacer la tête, en introduisant une main vers la symphyse sacro-iliaque droite, pour accrocher le sommet qui y répond, et l'entraîner au centre du détroit supérieur.

Des circonstances particulières exigent-elles qu'on termine l'accouchement sans délai, on retourne l'enfant, et on l'amène par les pieds. Si c'est le côté droit de la tête qui se présente, on introduit la main gauche vers la symphyse sacro-iliaque droite, au-dessus du vertex, pour le ramener à sa situation naturelle; dans le même temps on exerce une pression convenable sur le ventre de la femme pour redresser la matrice, qui est inclinée à gauche et en avant. On pelotonne ensuite l'enfant, comme si le vertex se présentait naturellement dans la quatrième position.

Lorsque le côté gauche de la tête se trouve à l'entrée du bassin, on se sert de la main droite; on ramène d'abord le sommet au centre du détroit supérieur, on corrige l'obliquité de la matrice, et on continue l'opération comme dans la troisième position du vertex.

Dans la quatrième position, on tâche d'abord de redresser la matrice, qui est inclinée à droite et en avant. Si cette précaution est insuffisante pour ramener la tête à sa situation naturelle, on introduit une main vers la symphyse sacro-iliaque gauche, et on accroche le sommet qui y répond, pour le faire descendre au centre du détroit supérieur.

Lorsqu'on ne peut plus différer la terminaison de l'accouchement,

on introduit la main droite ou la main gauche dans la matrice, suivant que le côté gauche ou le côté droit se présente; on ramène le sommet au centre du détroit supérieur, on corrige l'obliquité de la matrice, et on retourne l'enfant comme dans la seconde ou la première position du sommet.

SECOND SOUS-ORDRE.

Des accouchemens où l'enfant présente le tronc.

On conçoit, au premier abord, que ces accouchemens ne peuvent se terminer d'eux-mêmes ou par les seules forces de la nature, puisque le tronc de l'enfant bien conformé et à terme est toujours plus long que le bassin de la mère n'est large. Mais comme cette disproportion n'est que relative et non absolue, on peut toujours espérer de la corriger, ou de la faire disparaître avec la main. Il ne s'agit pour cela que de retourner l'enfant, et de lui faire présenter au détroit supérieur l'une des extrémités de l'ovoïde, sous la forme duquel il est naturellement ployé dans la matrice. Hippocrate et les plus célèbres médecins de l'antiquité avaient si bien senti cette vérité fondamentale, qu'ils recommandaient toujours de faire descendre la tête à l'entrée du bassin, lors même qu'il eût été facile de saisir l'extrémité opposée, et de l'entraîner au dehors. Nous n'entreprendrons point ici de réfuter les manœuvres qu'ils avaient imaginées pour opérer cette conversion ou ce déplacement. Elles étaient, pour la plupart, si grossières et si bizarres, qu'on ne pouvait jamais y avoir recours sans compromettre le salut de la mère et de l'enfant.

Parmi les modernes, les uns, trop zélés partisans de la doctrine des anciens, et d'ailleurs effrayés des dangers qui menacent l'enfant quand on l'amène par les pieds, préfèrent de l'extraire par la tête; les autres, au contraire, en bien plus grand nombre, convaincus des difficultés et des obstacles qui s'opposeraient à cette dernière manœuvre, lors même que le tronc de l'enfant serait encore mobile, conseillent exclusivement de le retourner et de l'amener par les pieds.

Cette pratique, il faut en convenir, si elle n'est pas toujours la plus sûre et la plus avantageuse, comme Smellie l'avait pensé, est au moins la plus facile à exécuter. Car si l'on pouvait entreprendre de ramener la tête au détroit supérieur, ce serait tout au plus quand elle n'en est pas éloignée, par exemple, quand elle présente la nuque; encore faudrait-il alors que les eaux ne se fussent pas écoulées depuis très-long-temps. Sans cette condition, quel espoir aurait-on de réussir lorsque le tronc de l'enfant serait immobile sous les contractions de la matrice, ou lorsque des circonstances accidentelles presseraient avec urgence la délivrance de la femme?

PREMIER GENRE.

Des accouchemens où l'enfant présente la face postérieure du tronc.

Ce genre d'accouchemens doit être des plus fréquens dans la pratique, attendu qu'il est une suite, en quelque sorte naturelle,

de ceux où l'enfant vient par le sommet de la tête. Il mérite donc la priorité dans la démonstration des procédés manuels, quelque spécieuses que soient d'ailleurs les raisons qu'on pourrait alléguer en faveur des faces latérales du tronc.

Cette mauvaise situation de l'enfant paraît dépendre uniquement de la trop grande quantité de liquide qui l'environne, et qui le rend plus ou moins mobile dans la matrice; c'est donc sans raison que certains auteurs l'attribuent à l'obliquité de ce viscère, qui n'y contribue en aucune manière.

On distingue trois régions sur la face postérieure du tronc; savoir, la nuque, le dos et les lombes; les deux dernières sembleraient devoir se présenter plus fréquemment que l'autre, parce que leur forme arrondie s'accommode mieux à celle du bassin; mais elles sont plus éloignées de la tête, ce qui pourrait les rendre plus rares. Ces trois régions ont chacune des signes propres qui les caractérisent, et qu'il importe à l'accoucheur de bien connaître, quoique l'indication soit la même pour toutes, quant à la manière d'opérer.

Il faut néanmoins convenir qu'avant l'évacuation des eaux de l'amnios, ce diagnostic peut offrir quelques difficultés; mais elles s'évanouissent immédiatement après la déchirure des membranes; car alors les angles de la mâchoire inférieure, le bord supérieur de chaque omoplate et les apophyses épineuses des vertèbres cervicales indiquent clairement la présence de la nuque.

On reconnaît le dos à une tumeur arrondie, large et inégale, où l'on rencontre le bord dorsal ou postérieur, ainsi que l'angle inférieur de chaque omoplate, les apophyses épineuses des vertèbres correspondantes et les arcs osseux formés par les côtes.

Enfin, les lombes ont pour signe distinctif une tumeur plus ou moins large et arrondie, traversée dans sa longueur par les apophyses épineuses des vertèbres lombaires, et terminée d'un côté par les crêtes iliaques, de l'autre, par les côtes asternales.

Quelle que soit la région de la face postérieure qui se présente, elle peut se placer de quatre manières différentes à l'entrée du bassin.

Dans la première position, l'extrémité supérieure du tronc répond à la cavité cotyloïde gauche, et l'extrémité inférieure à la symphyse sacro-iliaque droite.

Dans la seconde position, l'extrémité supérieure est placée vers la cavité cotyloïde droite, et l'extrémité inférieure vers la symphyse sacro-iliaque gauche.

Dans la troisième position, l'extrémité supérieure regarde la symphyse sacro-iliaque droite, et l'extrémité inférieure se dirige vers la cavité cotyloïde gauche.

Dans la quatrième position, l'extrémité supérieure est appuyée contre la symphyse sacro-iliaque gauche, et l'extrémité inférieure contre la cavité cotyloïde droite.

Chacune de ces positions présente deux indications. La première consiste à ramener la tête au détroit supérieur, et la seconde à retourner l'enfant pour l'extraire par les pieds. Examinons dans

quels cas elles conviennent, et quels avantages on en peut retirer.

D'abord, on ne saurait disconvenir que l'enfant ne coure beaucoup moins de risques en venant par la tête que par les pieds; c'est une chose incontestable. Mais comment lui procurer une naissance aussi avantageuse, quand il présente le dos ou les lombes? La tête est alors si éloignée de l'entrée du bassin, qu'il serait très-difficile, pour ne pas dire impossible, de l'y ramener, quoique les eaux de l'amnios se fussent écoulées depuis peu, et que le tronc de l'enfant fût encore mobile. Il est donc hors de doute que, pour ces deux régions, il faut se borner exclusivement à retourner l'enfant et à l'extraire par les pieds. Tout autre procédé tiendrait moins de la prudence que de la témérité.

Il n'en serait peut-être pas de même si l'enfant présentait la nuque. La tête est alors si peu éloignée du détroit supérieur, qu'on pourrait espérer de l'y ramener, non en agissant immédiatement sur elle, mais en repoussant les lombes ou l'extrémité opposée du tronc. Toutefois il faudrait, pour entreprendre une telle réduction, que l'enfant conservât encore assez de mobilité pour obéir à la main de l'accoucheur, et que le travail ne fût compliqué d'aucun accident, sans quoi l'extraction par les pieds serait encore exclusivement indiquée.

Cette dernière manœuvre serait encore préférable à l'autre dans les deux premières positions de la nuque; car alors, en ramenant la tête à l'entrée du bassin, on ne pourrait empêcher le visage de se présenter en devant, lorsqu'elle serait descendue dans l'excavation : ce qui ne manquerait pas d'avoir des inconvéniens ou d'offrir des difficultés, pour peu que la conformation du bassin fût vicieuse.

D'après toutes ces considérations, l'extraction de l'enfant par les pieds est exclusivement indiquée, lorsqu'il présente le dos ou les lombes à l'entrée du bassin; elle est encore préférable à toute autre, lorsqu'il vient par la nuque. C'est donc cette manœuvre que nous devons exposer en peu de mots et avec le plus de clarté qu'il nous sera possible.

Avant tout, nous ferons observer que, si l'on opère au moment où les eaux de l'amnios viennent de s'écouler, on peut se servir indifféremment de la main droite ou de la main gauche pour aller saisir les pieds, quelle que soit la région de la face postérieure, et de quelque manière qu'elle se présente à l'entrée du bassin. Cela est même vrai pour les lombes, quoique les eaux de l'amnios se soient déjà écoulées depuis long temps; car alors les pieds sont si peu éloignés, qu'il est plus facile de les accrocher de suite et de les entraîner à la vulve, que de leur faire parcourir un immense circuit en retournant l'enfant.

L'une des deux mains n'est donc exclusivement nécessaire que pour la nuque et le dos, lorsque la matrice a eu le temps de se contracter sur l'enfant, après l'évacuation de l'eau de l'amnios; car il est indispensable alors de le pelotonner, en tirant sur les pieds comme sur l'extrémité d'un arc qu'on resserre ou qu'on raccourcit. A la vérité, des accoucheurs, au lieu d'aller saisir directement les

pieds dans ce cas-là, conseillent de les rapprocher de l'entrée du bassin, en éloignant la tête ou la partie supérieure du tronc; mais ce procédé, tout au plus praticable pour les lombes au moment de la rupture des membranes, serait trop difficile et peut-être impossible pour les deux autres régions, à quelque époque qu'on l'entreprît. D'ailleurs, admettre la possibilité de ramener les pieds au détroit supérieur, c'est admettre également celle d'y ramener la tête; et alors, pourquoi ne pas donner la préférence à celle-ci, puisqu'il en résulterait moins de difficulté pour délivrer la mère et plus de sûreté pour l'enfant? Mais c'est assez discuter sur les avantages du pelotonnement et sur le choix de la main avec laquelle on doit l'entreprendre; il est temps de démontrer comment cette manœuvre s'exécute dans chaque position de la face postérieure du tronc.

Première position.

Des accouchemens ou l'enfant présente la face postérieure du tronc, la tête répondant à la cavité colyloïde gauche.

Dans cette position, les pieds, situés vers la symphyse sacro-iliaque droite, doivent sortir à droite. On doit donc se servir de la main gauche; on la porte dans un état de supination sous la région qui se présente; on refoule le tronc vers la fosse iliaque gauche, et on tâche de l'incliner sur le côté qui répond à la main; on parvient sur les fesses, et on accroche les pieds, sur lesquels on tire pour les amener à la vulve, en les faisant passer sur l'abdomen et la poitrine de l'enfant; dans le même temps, avec la main droite, on dirige la tête vers la partie postérieure du bassin, et on termine cette espèce d'accouchement comme dans la seconde position des pieds.

Seconde position.

Des accouchemens où l'enfant présente la face postérieure du tronc, la tête répondant à la cavité cotyloïde droite.

Cette position ressemble beaucoup à la précédente. Les pieds, situés vers la symphyse sacro-iliaque gauche, doivent être ramenés à gauche et en devant; il faut donc se servir de la main droite. On l'introduit en supination sous la région de la face postérieure qui se présente; on refoule le tronc vers la fosse iliaque droite, et on tâche de l'incliner sur le côté qui répond à la main; on arrive ensuite sur les fesses, et on y accroche les pieds; on les fait passer sur le ventre et la poitrine de l'enfant, pendant que de la main gauche on dirige la tête à droite et en arrière. Lorsque les pieds sont à la vulve, on termine l'accouchement comme dans la première position des pieds.

Troisième position.

Des accouchemens où l'enfant présente la face postérieure du tronc, la tête répondant à la symphyse sacro-iliaque droite.

Dans cette position, qui est opposée à la première, les pieds, situés à gauche et en avant, doivent sortir à gauche. Il faut donc

introduire la main droite en supination sous la région qui se présente. On incline le tronc sur le côté droit, et on le dirige en arrière et à gauche, pendant que de l'autre main, appliquée sur le ventre de la femme, on repousse le fond de la matrice vers la fosse iliaque gauche; on saisit les pieds sur les fesses, et on opère comme dans la première position des pieds.

Quatrième position.

Des accouchemens où l'enfant présente la face postérieure du tronc, la tête répondant à la symphyse sacro-iliaque gauche.

Dans cette position, les pieds, situés à droite et en avant, doivent sortir à droite; il faut donc se servir de la main gauche. On l'introduit en supination sous la région de la face postérieure qui se présente; on soulève le tronc, et on l'incline sur le côté gauche, en le refoulant vers la fosse iliaque droite, pendant que de l'autre main, appliquée sur le ventre de la femme, on incline le fond de la matrice vers la fosse iliaque droite. On va saisir les pieds sur les fesses, et on continue d'opérer comme dans la seconde position de ces extrémités.

REMARQUE.

Si la face postérieure de l'enfant se présentait de front au pubis ou au sacrum, comme dans les deux premières positions admises par la plupart des auteurs, il faudrait donner au tronc une situation diagonale, et en réduire la face postérieure à l'une des positions que nous avons adoptées; ensuite on irait chercher les pieds, et on terminerait l'accouchement suivant la méthode que nous avons décrite.

De même, si la face postérieure du tronc se présentait en travers, d'une fosse iliaque à l'autre, on inclinerait les pieds vers la symphyse sacro-iliaque à laquelle ils correspondraient, et on irait les chercher avec la main du côté opposé. Ces sortes de manœuvres ne présentent aucune difficulté, quand on a un mannequin sous les yeux.

DEUXIÈME GENRE.

Des accouchemens où l'enfant présente la face antérieure du tronc.

L'enfant ne peut présenter la face antérieure du tronc sans être plus ou moins renversé sur le dos; attitude qui n'est point naturelle, et dont il ne tarde pas à être victime, pour peu que les efforts de la matrice soient énergiques. Heureusement que ces accouchemens sont aussi rares qu'ils sont défavorables.

Accuser l'obliquité de la matrice de changer ainsi la situation naturelle de l'enfant, c'est méconnaître la véritable cause d'un tel désordre; elle ne tient qu'à l'excès de mobilité que lui communique la trop grande quantité d'eau renfermée dans les membranes.

Trois régions divisent la face antérieure du tronc, savoir, la gorge, la poitrine et l'abdomen, dont la première est la plus dangereuse, à cause du renversement de la tête sur le dos.

Avant la rupture des membranes, ces régions sont plus ou moins difficiles à reconnaître, parce qu'elles sont hors de la portée du doigt; il faut donc nécessairement attendre que les eaux se soient écoulées pour la sûreté du diagnostic.

A cette époque, le menton, l'échancrure sternale de la poitrine et les clavicules caractérisent la présence de la gorge.

On reconnaît la poitrine à une surface étendue, où l'on distingue le sternum, les clavicules et les côtes.

Les signes de l'abdomen sont une tumeur molle, terminée d'un côté par les côtes asternales et l'appendice xiphoïde, de l'autre par les os des îles et le pubis. On y rencontre aussi l'insertion du cordon ombilical, ce qui achève d'ôter le doute ou l'équivoque.

La face antérieure du tronc peut se placer de quatre différentes manières à l'égard du détroit supérieur.

Dans la première position, la tête répond à la cavité cotyloïde gauche, et les membres abdominaux à la symphyse sacro-iliaque droite.

Dans la seconde position, la tête se dirige vers la cavité cotyloïde droite, et les membres abdominaux vers la symphyse sacro-iliaque gauche.

Dans la troisième, la tête est tournée du côté de la symphyse sacro-iliaque droite, et les membres abdominaux du côté de la cavité cotyloïde gauche.

Dans la quatrième, la tête regarde la symphyse sacro-iliaque gauche, et les membres abdominaux la cavité cotyloïde droite.

Ces quatre positions sont les mêmes, et présentent les mêmes indications pour la gorge, la poitrine et l'abdomen. Il serait donc inutile de répéter les procédés manuels pour chacune de ces régions en particulier.

Que la face antérieure du tronc se présente de front, en travers ou obliquement à l'entrée du bassin, il est certain que l'accouchement ne peut se terminer qu'avec le secours de l'art. Mais alors faut-il toujours aller chercher les pieds de l'enfant, ou peut-on quelquefois le faire naître par la tête? D'abord, cette dernière indication serait absolument impossible à remplir, lorsque la poitrine et l'abdomen se présentent. Elle ne pourrait donc offrir quelque espoir de succès que lorsque la gorge vient la première, encore la réduction de la tête à sa situation naturelle offrirait tant de difficultés dans ce cas-là, que, d'après l'avis de tous les accoucheurs, il vaudrait mieux y renoncer que de l'entreprendre, quoique les eaux vinssent de s'écouler. Bornons-nous donc à décrire succinctement la manière d'aller chercher les pieds, et de les amener à la vulve, puisque c'est le seul moyen de terminer ce genre d'accouchement.

Dans la première position, où les pieds correspondent à la symphyse sacro-iliaque droite, on ne peut dégager ces extrémités

qu'avec la main gauche; la droite les renverserait sur la face postérieure du tronc, ce qui est contraire aux principes du pelotonnement. On introduit donc la première dans l'état de supination sous la région antérieure qui se présente; on refoule le tronc vers la fosse iliaque gauche de la mère; on suit le côté gauche de l'enfant; on arrive sur les fesses; on y accroche les pieds, qu'on entraîne à la vulve, pendant que de la main droite on porte la tête à gauche et en arrière : on termine ensuite l'accouchement comme dans la seconde position des pieds.

Dans la seconde position, les pieds se dirigent vers la symphyse sacro-iliaque gauche; c'est donc à la main droite qu'il appartient exclusivement de les dégager. On l'introduit en supination sous la région antérieure qui se présente; on refoule le tronc vers la fosse iliaque droite de la mère; on suit le côté droit de l'enfant jusqu'aux fesses; on y saisit les pieds, et on les amène à la vulve, pendant que de la main gauche on repousse la tête à droite et en arrière; on termine ensuite l'accouchement comme dans la première position des pieds.

Dans la troisième position, les pieds sont placés vers la cavité cotyloïde gauche. Pour les dégager, on introduit la main droite en supination sous la région antérieure qui se présente; on refoule le tronc vers la fosse iliaque droite de la mère, pendant que de la main gauche on incline les extrémités inférieures en arrière et à gauche; on suit le côté droit de l'enfant; on arrive sur les fesses, on y saisit les pieds, et on les amène à la vulve. Le reste comme à l'ordinaire.

Dans la quatrième position, les pieds sont situés vers la cavité cotyloïde droite. On introduit donc la main gauche en supination sous la région antérieure qui se présente; on refoule le tronc vers la fosse iliaque gauche de la mère, pendant que de la main droite on incline les extrémités inférieures en arrière et à droite; on suit le côté gauche de l'enfant, on arrive sur les fesses, on y saisit les pieds, et on les amène à la vulve, pour terminer ensuite l'accouchement comme dans la seconde position des pieds.

Si la face antérieure du tronc se présentait directement du pubis au sacrum, ou transversalement d'un côté du bassin à l'autre, comme les auteurs le supposent, on réduirait ces sortes d'accouchemens à l'une des positions que nous avons admises. A cet effet, on se servirait indifféremment de l'une ou de l'autre main dans le premier cas; mais on dirigerait toujours les pieds vers le côté du bassin qui répondrait à celle qu'on aurait introduite. Dans le second cas, on emploierait exclusivement la main correspondante au côté du bassin où se trouveraient les pieds.

TROISIÈME GENRE.

Des accouchemens où l'enfant présente les faces latérales du tronc.

Ces accouchemens sont plus rares que ceux du premier genre, mais plus fréquens que ceux du second. Cependant nous avons

préféré de ne les placer qu'au troisième rang dans notre division, parce qu'ils nous paraît plus convenable de parler immédiatement après des accouchemens où l'enfant présente l'un des bras hors de la vulve.

On distingue trois régions sur chaque face latérale du tronc; mais on ne peut guère les reconnaître qu'après l'évacuation des eaux, car, avant cette époque, l'enfant est encore trop mobile dans la matrice, ou trop éloigné pour être à la portée du doigt.

Les parties latérales du cou, à cause de leur forme particulière, se présentent assez rarement à l'orifice de l'utérus. Elles n'ont par elles-mêmes aucune marque propre ou distinctive, et l'on ne peut les reconnaître qu'en les rapportant à quelques-unes des parties circonvoisines, telles que le bas de l'oreille, l'angle de la mâchoire inférieure, l'épaule et la clavicule.

Les épaules, naturellement arrondies et saillantes, s'accommodent mieux à l'entrée du bassin, et doivent se présenter plus fréquemment. On les reconnaît à la clavicule, aux angles de l'omoplate et aux bras.

On distingue les parties latérales de la poitrine aux côtes, aux aisselles, au bras, au sternum et à la hanche.

Enfin, les signes qui indiquent la présence des flancs sont les crêtes des os des îles et les côtes asternales. Cette dernière région se présente plus souvent que la poitrine, mais plus rarement que l'épaule.

Chacune des faces latérales de l'enfant peut se placer de quatre manières différentes à l'entrée du bassin. Dans la première position, la tête répond à la cavité cotyloïde gauche, et les pieds à la symphyse sacro-iliaque droite; mais alors la face antérieure regarde la fosse iliaque gauche, quand c'est le côté droit qui se présente, et la fosse iliaque droite, si c'est le côté gauche.

Dans la seconde position, la tête est située vers la cavité cotyloïde droite, et les pieds vers la symphyse sacro-iliaque gauche; mais la face antérieure répond à la fosse iliaque gauche ou droite, selon que l'enfant présente le côté droit ou le côté gauche.

La troisième position est celle où la tête est sur la symphyse sacro-iliaque droite, et les pieds sur la cavité cotyloïde gauche; mais la face antérieure répond à la fosse iliaque droite du bassin, si c'est le côté droit de l'enfant qui se présente, et à la fosse iliaque gauche, si c'est le côté gauche.

La quatrième position est celle où la tête se dirige vers la symphyse sacro-iliaque gauche, et les pieds vers la cavité cotyloïde droite; mais la face antérieure est tournée à droite, si c'est le côté droit, et à gauche, si c'est le côté gauche.

Lorsque l'enfant présente l'une de ses faces latérales, il est de toute impossibilité qu'il vienne au monde par les seules forces de la nature, attendu que sa longueur surpasse de beaucoup la largeur du bassin. L'accouchement rentre donc de nécessité dans le domaine de l'art. Mais faut-il ramener la tête à sa situation naturelle, ou bien doit-on songer uniquement à saisir les pieds et à les

entraîner à la vulve pour terminer ensuite l'opération comme si ces extrémités se présentaient naturellement? La première de ces indications offre tant de difficultés, au moment même où les eaux viennent de s'écouler, qu'on ne peut espérer d'en tirer aucun avantage. Il faut donc se borner à la seconde, qui est toujours, sinon la plus sûre, du moins la plus facile. Toutefois, on ne doit pas se dissimuler que le succès ne soit plus ou moins assuré, selon que l'on opère plus ou moins promptement après l'évacuation des eaux, et selon que les pieds sont plus ou moins rapprochés du détroit supérieur où l'on se propose de les ramener.

Avant de décrire les procédés manuels, nous ferons observer qu'il est assez indifférent de se servir de l'une ou de l'autre main, si l'on est appelé au moment de la rupture des membranes, ou lorsque l'enfant est encore mobile dans la matrice. Il en est encore de même lorsque les hanches se présentent, parce que les pieds sont alors peu éloignés de l'orifice de l'utérus. L'une des deux mains n'est donc exclusivement nécessaire que lorsque l'enfant vient en offrant les autres régions latérales.

Dans la première position, où les pieds répondent à la symphyse sacro-iliaque droite, on se sert de la main droite ou de la main gauche, selon que l'enfant présente le côté droit ou le côté gauche, ou selon que sa face antérieure regarde la fosse iliaque gauche ou la fosse iliaque droite. On porte cette main sous la région qui est à l'entrée de la matrice, et on refoule le tronc vers la fosse iliaque à laquelle répond le dos; on suit le reste du côté droit ou gauche, et on arrive sur les fesses; on y accroche les pieds du bout des doigts, légèrement recourbés, et on les entraîne à la vulve, pendant que de l'autre main on dirige la tête à droite et en arrière, si c'est le côté droit, ou à gauche et en arrière, si c'est le côté opposé. On tire ensuite un peu plus sur celui qui est au-dessous du pubis, et on achève l'opération, conformément à la règle générale.

Dans la seconde position, où les pieds répondent à la symphyse sacro-iliaque gauche, la face antérieure du tronc décide encore du choix de la main. Est-elle tournée vers la fosse iliaque gauche, on se sert de la main droite, et on fait sortir les pieds à gauche; est-elle tournée vers la fosse iliaque droite, on introduit la main gauche dans la matrice, on suit le côté gauche de l'enfant, et on fait sortir les pieds à droite.

Dans la troisième position, qui est opposée à la première, les pieds sont situés vers la cavité cotyloïde gauche. Alors, si le côté droit se présente, ou si la face antérieure du tronc répond à la fosse iliaque droite du bassin, on se sert de la main droite, qu'on introduit dans un état moyen entre la supination et la pronation sous la région qui se présente; on suit le reste du côté droit de l'enfant, tandis que de la main appliquée sur l'hypogastre, on tâche d'incliner les pieds vers la fosse iliaque gauche, où l'on va les chercher. On les dégage de dehors en dedans, on les fait passer sur l'abdomen et on les entraîne à la vulve.

Si, au contraire, le côté gauche se présente, ou si la face anté-

rieure du tronc répond à la fosse iliaque gauche, on se sert de la main gauche, qu'on introduit sous la région qui se présente ; on suit le reste du côté gauche pour arriver sur les fesses, pendant que de l'autre main on incline encore les pieds vers la fosse iliaque gauche du bassin ; on suit ces extrémités, et on les entraîne pour les faire sortir à droite en pelotonnant l'enfant sur sa face antérieure.

Dans la quatrième position, qui est opposée à la seconde, les pieds sont dirigés vers la cavité cotyloïde droite. Alors, si la face antérieure répond à la fosse iliaque droite, on se sert de la main droite, et on termine l'accouchement comme dans la première position des pieds. Si, au contraire, la face antérieure de l'enfant est tournée vers la fosse iliaque gauche, on va chercher les pieds avec la main gauche, et on les fait passer sur le ventre pour les réduire à leur seconde position. Il suffit de jeter un coup d'œil sur le mannequin pour concevoir ces différentes manœuvres.

Lorsque les côtés de l'enfant se présentent de front du pubis au sacrum, ou transversalement d'une fosse iliaque à l'autre comme les auteurs le supposent, on réduit ces positions à celles que nous avons adoptées, et on opère suivant les règles que nous venons de décrire.

SUPPLÉMENT.

Des accouchemens où la main de l'enfant se présente la première.

L'observation atteste que l'une des mains, ou l'un des bras de l'enfant, peut s'offrir à l'entrée du bassin en même temps que la tête, les fesses ou les pieds ; mais ce membre ne s'engage presque jamais seul, et ne s'échappe hors de la vulve que lorsque l'épaule de l'enfant est fixée au détroit supérieur par les efforts de la matrice. Voilà pourquoi nous avons jugé à propos de renvoyer ce genre d'accouchement après ceux où le tronc présente ses faces latérales.

Il s'en faut bien qu'on se soit toujours accordé sur la manière de débarrasser la femme lorsque le travail de l'accouchement vient à se compliquer avec la sortie prématurée de l'un des bras de l'enfant. Les préceptes qu'on trouve dans les livres anciens et modernes varient par rapport au siècle où ils ont été écrits, et surtout par rapport à l'expérience que leurs auteurs avaient acquise. Aussi est-il arrivé que la plupart d'entre eux, plongés dans une profonde ignorance, ou séduits par de vaines théories, ont proposé des moyens qui, non-seulement choquent les vrais principes de l'art, mais encore révoltent l'humanité.

Croirait-on, si l'histoire n'en faisait mention, qu'on eût pu méconnaître assez le mécanisme de l'accouchement naturel pour tirer sur le bras déjà sorti afin d'extraire l'enfant? Croirait-on encore qu'Ambroise Paré et Guillemeau, son disciple, qui ont d'ailleurs

si bien mérité de la chirurgie française, aient conseillé de tordre et d'arracher ce membre, comme si les difficultés n'eussent tenu qu'à sa présence? Il est vrai que d'autres ont proposé de l'amputer le plus haut possible avec des tenailles incisives ou autrement; mais ce procédé, pour être un peu plus méthodique, en est-il moins inhumain que le précédent? Il y a eu des accoucheurs qui, lorsque le bras déjà sorti était enflé et gangrené, se contentaient d'y pratiquer des incisions pour le dégorger et en diminuer le volume. Peu, dans le dix-septième siècle, conseillait de passer un lacs sur le corps de l'enfant, au moyen d'un crochet mousse fenêtré, pour faire descendre les fesses pendant qu'on repoussait le haut de la poitrine. D'autres, et ce sont les moins imprudens et les moins opposés à la véritable doctrine, ont refoulé le bras pour aller chercher les pieds.

Cet exposé suffirait sans doute pour faire apprécier des procédés dont la plupart inspirent de l'horreur; mais on en sentira encore beaucoup mieux l'absurdité lorsque nous aurons discuté les vrais moyens de terminer les accouchemens où le bras de l'enfant se présente le premier.

Cette complication peut survenir avant ou après la rupture des membranes. Dans le premier cas, il n'y a aucune indication à remplir, et l'accoucheur serait coupable de témérité, s'il ne se bornait au rôle de simple spectateur. En effet, tant que l'enfant est encore mobile au milieu des eaux de l'amnios, le bras, ou la main qui se présente, soit avec la tête, soit avec toute autre partie, à l'entrée du bassin, peut s'en éloigner durant les progrès du travail. Il est donc inutile alors de pincer les doigts de l'enfant, comme le conseillait Deventer, ou de lui mettre un morceau de glace dans la main, pour le forcer à la retirer. De telles pratiques paraissent assurément trop futiles, disons mieux, trop risibles, pour mériter la plus légère discussion. Que penser encore du précepte qu'ont donné Peu, Smellie et Deleurie, d'introduire alors la main dans la matrice pour aller percer les membranes vers le fond de ce viscère, et de saisir ensuite les pieds pour les entraîner dans le vagin? Cette manœuvre, outre qu'elle est inutile, serait-elle donc bien facile ou seulement possible, surtout lorsque le col et l'orifice de l'utérus ne seraient pas convenablement disposés?

La conduite de l'accoucheur doit être bien différente après la rupture de la poche des eaux. Les indications à remplir diffèrent alors, suivant la partie de l'enfant que la main ou le bras accompagne, suivant la sortie plus ou moins avancée de cette extrémité, et suivant le temps du travail où elle se présente.

On a observé que, lorsque le bras menaçait de s'engager en même temps que la tête, les fesses ou les pieds, il se déplaçait ordinairement pendant le travail, et remontait vers le fond de la matrice; on a observé encore que la présence du bras lui-même n'apportait aucun obstacle à l'accouchement naturel lorsque le bassin était bien conformé, parce qu'alors ce canal est plus large qu'il ne faut pour laisser passer une tête de volume ordinaire au

terme de la naissance; enfin, dans le cas d'accident ou de mauvaise conformation du bassin, le membre déjà engagé n'a pas empêché de saisir et d'extraire la tête avec le forceps.

Il résulte de là que les accouchemens où la main se présente en même temps que la tête, les fesses ou les pieds, ne sont point aussi alarmans qu'on pourrait l'imaginer. En effet, la nature elle-même semble montrer quelle est la conduite à tenir. Si l'on est appelé au moment où la main est encore au-dessus du détroit supérieur, il suffit de la repousser ou de la soutenir pendant la douleur, afin que la tête ou l'extrémité opposée puisse s'engager seule et avec moins de difficulté. Lorsque la présence de la main ou du bras produit le renversement de la tête, Baudelocque conseille de redresser celle-ci et de livrer ensuite l'accouchement aux efforts de la nature. Mais ne serait-il pas plus prudent et plus avantageux alors de retourner l'enfant, conformément aux préceptes du docteur Gardien? Ce dernier parti serait au moins exclusivement indiqué, si les eaux de l'amnios s'étaient écoulées depuis long-temps, ou si quelque accident pressait avec urgence la terminaison de l'accouchement. La tête est-elle déjà dans l'excavation, et craint-on que la présence du bras n'en gêne les mouvemens, on le dirige vers celle des échancrures ischiatiques où il y a le plus de vide. Mais si l'étroitesse du bassin, ou toute autre cause empêchait ou retardait trop long-temps l'accouchement naturel, on serait autorisé à le terminer avec le forceps, d'après les succès obtenus en pareil cas avec cet instrument; il faudrait seulement éviter de meurtrir le bras ou la main.

Enfin, lorsque l'un des membres thorachiques de l'enfant est complètement hors de la vulve, et que l'épaule se présente à l'entrée du bassin, il est presque impossible que la femme se débarrasse seule et sans secours; l'accouchement doit donc rentrer alors dans le domaine de l'art. A la vérité, Denmann rapporte qu'une trentaine d'enfans qui venaient par les fesses ou par les pieds, ont été expulsés par les seules forces de la nature, quoique le bras fût sorti depuis plusieurs jours, et que l'épaule parût à la vulve; il ajoute néanmoins qu'il n'y a eu qu'un seul de ces enfans qui soit venu vivant. Mais, d'après ces exemples, bien capables certainement de prôner les ressources de la nature, doit-on toujours laisser venir de lui-même l'enfant dont le bras se présente, lorsqu'on a la certitude de sa mort, et ne le retourner qu'autant qu'on a l'espoir de le conserver? Il faut convenir que cette conclusion, qui appartient à l'accoucheur anglais déjà cité, serait préjudiciable à un grand nombre de femmes, et peut-être aussi à beaucoup d'enfans; car il n'est pas toujours très-facile de constater la vie de ces derniers, lorsqu'ils sont encore dans la matrice, et surtout pendant le temps du travail. Il faut donc nécessairement les retourner dans les circonstances dont il s'agit, et les extraire par les pieds, à moins que leur extrême petitesse ou un état antérieur de putréfaction ne permette de les faire passer en double, en tirant sur le bras déjà sorti, comme cela est arrivé quelquefois; ou à moins qu'ils ne

soient bien disposés à sortir ainsi, et que les choses ne soient très-avancées, comme dans les observations de Denmann : ces cas-là exceptés, de telles tractions seraient inutiles et contraires aux principes de l'art.

Mais en supposant le bassin de la femme bien conformé, et l'enfant d'un volume ordinaire, on ne peut entreprendre la version ou le pelotonnement de celui-ci que le col de la matrice ne soit souple et complètement dilaté. Sans ces deux conditions, il serait impossible de pénétrer dans la matrice, et d'aller chercher les pieds. Ce n'est donc pas au bras de l'enfant qu'il faut faire attention ; car, quelque volumineux qu'on le suppose, fût-il même déjà gonflé et engorgé, il ne peut jamais, étant réuni à la main de l'accoucheur, surpasser, ni même égaler la tête ou la poitrine de l'enfant à terme, lesquelles peuvent toujours traverser le bassin quand il est bien conformé. C'est donc sans raison et sous des prétextes bien frivoles que, dans les siècles passés, des accoucheurs, plus inhumains qu'éclairés, ont conseillé d'arracher ou d'amputer le bras ; que d'autres ont voulu le faire rentrer dans la matrice, en repoussant la poitrine pour faire descendre les pieds. On n'a pas besoin de commentaire pour sentir la contradiction et l'espèce d'absurdité que renferme le précepte de Deleurie. Comment peut-on conseiller d'aller chercher le second bras, lorsque la main de l'accoucheur ne peut pénétrer dans la matrice pour aller chercher les pieds? On ne saurait guère mieux excuser les incisions pratiquées sur le bras pour en opérer le dégorgement. A quoi bon, en effet, mutiler ainsi l'enfant, ou le priver d'un membre dont la présence n'empêche point de le pelotonner et de l'extraire suivant les règles générales? Si l'état du bras exige quelque opération, n'y sera-t-on pas à temps, et ne la pratiquera-t-on pas avec plus d'assurance et d'avantage lorsque l'enfant sera hors du sein de la mère?

C'est donc uniquement vers le col et l'orifice de l'utérus que l'accoucheur doit tourner ses vues. Ces parties sont-elles disposées convenablement, et peut-on entrer avec facilité dans la matrice, il faut terminer l'accouchement sur-le-champ ; comme si l'épaule seule se présentait à l'entrée du bassin. Au contraire, le col et l'orifice de ce viscère sont-ils encore durs et resserrés, il faut en attendre l'assouplissement et la dilatation complète, avant de mettre la main à l'œuvre ; cependant on ne négligera aucun des moyens capables de concourir à la préparation ultérieure des parties génitales de la femme. S'il ne s'agit, par exemple, que d'en dissiper la constriction ou resserrement spasmodique, on aura recours à la saignée plus ou moins répétée ; mais on se gardera bien de la regarder comme l'ancre du salut de la femme dans tous les cas. Il peut arriver qu'un excès de faiblesse s'oppose à l'emploi de ce moyen ; on tâchera d'y suppléer alors par l'usage des bains tièdes des fumigations émollientes, et, dans les intervalles, par les injections de même nature. L'obstacle qui dépend du spasme n'est, pour l'ordinaire, que momentané, et cède bientôt à l'usage conve-

nablement dirigé des antispasmodiques et des relâchans ; mais il n'en est pas de même lorsque les membranes, déchirées prématurément, ont permis la sortie du bras de l'enfant avant que le col de la matrice fût entièrement dilaté, ou même avant que la femme fût en travail. On ne peut se dispenser alors d'attendre que les contractions utérines aient surmonté la résistance qui s'oppose à la terminaison de l'accouchement ; et, dans aucun cas, on ne doit essayer de forcer la barrière avec les doigts pour aller chercher les pieds : cette manœuvre, loin d'assouplir les fibres du col, en occasionnerait la rigidité et l'inflammation, peut-être même la déchirure. Tout ce que l'on peut faire alors, si la nature met trop de lenteur dans son opération, c'est d'y coopérer par les moyens déjà indiqués. On y est pour ainsi dire invité par l'exemple de ce qui arrive quelquefois, mais non sans danger, dans un cas d'hémorrhagie inopinée. Le sang qui baigne alors les parties génitales de la femme n'en fait-il pas cesser le resserrement naturel ou spasmodique, d'où provient toute la résistance?

Après avoir obtenu une souplesse et une dilatation suffisante du col utérin, on procède à la terminaison de l'accouchement, comme si le bras n'était point sorti ; on a seulement la précaution d'y attacher un lacs, pour l'empêcher de rentrer dans la matrice pendant qu'on pelotonne l'enfant, et pour le maintenir dans un état de parallélisme avec le tronc lorsqu'on tire sur les pieds, afin qu'il ne s'arc-boute pas dans le bassin.

Mais quelle est la main qu'il faut introduire dans la matrice pour débarrasser la femme? C'est ce qui nous reste à examiner pour compléter la théorie de ce genre d'accouchement non naturel.

D'après ce que nous avons déjà fait observer, le bras de l'enfant ne s'engage presque jamais seul, et ne s'échappe hors de la vulve que lorsque l'épaule est fixée au détroit supérieur du bassin. Le procédé manuel doit donc être ici le même que pour les faces latérales du tronc, puisqu'il ne faut point faire attention au bras : nous allons l'indiquer succinctement dans chacune des positions que l'épaule droite ou gauche peut prendre à l'égard du bassin.

La première position où la tête répond à la cavité cotyloïde gauche, et les pieds à la symphyse sacro-iliaque droite, se reconnaît à l'inspection de la main. Alors le pouce est en dessus et le petit doigt en dessous ; mais la face palmaire est à gauche, si c'est le bras droit qui se présente, et à droite, si c'est le bras gauche. Il faudra donc se servir de la main droite dans le premier cas, et de la gauche dans le second ; car il faut pelotonner le fœtus sur sa face antérieure, qui est toujours tournée du même côté que la face palmaire de la main.

Dans la seconde position, la tête se dirige vers la cavité cotyloïde droite, et les pieds vers la symphyse sacro-iliaque gauche. Le pouce de la main qui se présente est toujours en dessus, et le petit doigt en dessous, ce qui est le signe générique des deux positions céphalo-antérieures ; mais la face palmaire répond à gauche, si c'est le bras droit qui se présente, et à droite si c'est le bras gauche. On

doit donc se servir de la main droite dans le premier cas, et de la gauche dans le second, pour les mêmes raisons que ci-dessus.

Dans la troisième position, qui est opposée à la première, la tête se tourne vers la symphyse sacro-iliaque droite, et les pieds vers la cavité cotyloïde gauche. On trouve le pouce en dessous, et le petit doigt en dessus; mais la face palmaire est à droite, lorsque c'est le bras droit qui se présente, et à gauche, lorsque c'est le bras gauche. Alors on opère de la main droite dans le premier cas, et de la gauche dans le second, comme si l'épaule seule se présentait à l'entrée du bassin.

Enfin, dans la quatrième position, qui est opposée à la seconde, la tête est sur la symphyse sacro-iliaque gauche, et les pieds sur la cavité cotyloïde droite. Alors le pouce de la main est en dessous, et le petit doigt en dessus; signe caractéristique et générique des positions céphalo-postérieures. La différence des bras se reconnaît à la face palmaire, qui regarde le côté droit de la mère, si c'est le bras droit, et le côté gauche, si c'est le bras gauche. On opère donc de la main droite ou de la main gauche, comme si l'épaule droite ou gauche se présentait seule à l'entrée du bassin.

Si le bras sort le premier, lorsque le côté de l'enfant se présente de front ou en travers, comme les auteurs le supposent, on réduit ces positions à celles que nous avons adoptées, et on opère suivant les principes déjà établis.

De l'accouchement manuel, quand il y a deux ou plusieurs enfans.

Lorsque les deux jumeaux sont parallèles à l'axe du bassin, et que chacun d'eux présente les pieds à l'orifice utérin, il est indifférent d'extraire l'un ou l'autre : la main droite amène celui qui répond au côté droit de la matrice, et réciproquement; il faut seulement saisir les deux pieds qui appartiennent au même enfant. Pour éviter toute méprise à cet égard, on prolonge l'extrémité des doigts jusqu'aux hanches, et on s'assure de leur continuité ou de leur séparation.

De même, lorsque les deux têtes se présentent à l'entrée de la matrice, peu importe lequel des deux enfans on extraira le premier : on pelotonne celui qui répond à la main qu'on a introduite, et duquel on a bien distingué les deux pieds; mais on a soin d'écarter du détroit supérieur la tête du second, de crainte qu'elle ne soit accrochée et entraînée par celle du premier dans l'excavation, comme le bouchon qu'une corde nouée accroche et entraîne hors d'une bouteille. Si cet accident arrivait, au lieu de continuer les tractions sur le premier enfant, ou de repousser la tête du second au-dessus de la marge du bassin, il faudrait imiter Enaux de Dijon; ce praticien, dans une semblable circonstance, appliqua le forceps sur la tête engagée, en soulevant vers le pubis de la mère le corps de l'enfant qui était sorti, et fit naître ainsi le premier celui qui n'aurait dû naître que le dernier.

Si l'un des jumeaux présente les pieds et l'autre la tête, on fait

d'abord l'extraction du premier, à moins que la tête du second ne soit déjà engagée dans l'excavation du bassin; il serait alors plus simple et plus rationnel d'y appliquer le forceps que de la refouler au-dessus du détroit supérieur.

Si les deux enfans se croisent obliquement, de sorte que la tête de l'un appuie sur la fosse iliaque droite, et celle de l'autre sur la fosse iliaque gauche, on extrait avec la main droite celui dont les pieds s'inclinent à gauche, et réciproquement. Si, dans la même supposition, les deux jumeaux appuient des pieds sur les fosses iliaques, la main qu'on introduit extrait celui dont les pieds sont les plus faciles à saisir. Enfin, si l'un présente la tête à l'une des fosses iliaques, et l'autre les pieds vers la fosse iliaque opposée, on extrait d'abord celui dont les pieds sont les plus voisins de l'orifice utérin.

Dans le cas où les deux jumeaux se croisent en travers, si l'un d'eux est parallèle à l'axe de l'utérus, et présente les pieds, on l'amène le premier; si, au contraire, il présente la tête, on va chercher les pieds de l'autre, qui sont moins éloignés, et on écarte avec soin la tête du premier de l'embouchure du bassin, afin de ne pas l'accrocher. Si elle était engagée dans l'excavation, on l'extrairait d'abord avec le forceps.

Lorsque les deux jumeaux sont situés en travers, et que leurs troncs sont perpendiculaires ou obliques à l'axe de la matrice, on extrait d'abord celui qui est en dessous, et dont les pieds sont le plus à portée de la main.

Le cordon ombilical de l'un des jumeaux sorti prématurément offre à peu près les mêmes indications que dans la grossesse simple. Lorsque les pulsations viennent à diminuer, on va chercher les pieds de l'enfant auquel il appartient; mais si la tête de l'autre enfant était déjà engagée, on l'extrairait d'abord avec le forceps, pour aller ensuite retourner promptement celui dont le cordon serait exposé à la compression.

Une main qui se présente doit être repoussée au début du travail; mais si elle est déjà dans l'excavation ou hors de la vulve, on retourne d'abord l'enfant à qui elle appartient, à moins que la tête de l'autre ne soit déjà engagée; car alors il faudrait l'extraire avec le forceps, en faisant attention de ne point blesser la main.

Dans le cas de grossesse composée, après la sortie naturelle ou spontanée du premier enfant, doit-on se hâter d'extraire le second? ou bien faut-il en abandonner l'expulsion aux efforts de la nature? C'est là une question sur laquelle les praticiens ne sont pas d'accord. Les uns, tels que Delamotte, Stein, Deleurie, Saxtorph, etc., pensent que la répétition du travail naturel serait plus longue et plus laborieuse; au lieu que la version prompte du second enfant aurait moins de danger dans le moment où les parties viennent d'être préparées ou dilatées par le passage du premier. Ils ajoutent que les contractions utérines se suspendent le plus souvent après la sortie du premier fœtus, et qu'elles ne se renouvellent qu'au bout de quelques jours pour expulser le second.

D'autres, en bien plus grand nombre, conseillent, au contraire, d'abandonner l'expulsion du second enfant aux efforts de la nature, toutes les fois que la femme a des forces suffisantes, et qu'il ne survient aucun accident; ils exigent néanmoins que les douleurs ne tardent pas trop long-temps à se déclarer, et qu'on puisse extraire l'arrière-faix du premier aussitôt après qu'il est sorti. Le docteur Gardien appuie fortement cette opinion, prétextant que l'expulsion du second enfant n'est pas plus difficile que celle du premier; que la dilatation des parties génitales n'est pas plus favorable à la version du second enfant qu'à son expulsion naturelle, et que l'impatience ne doit jamais déterminer l'accoucheur à devancer la nature, quelque lente qu'elle soit. D'alleurs, la conduite qu'il recommande est analogue à celle des praticiens qui défendent de décoller le placenta avant que la matrice se contracte; elle est la plus propre à prévenir les pertes, qui suivent pour l'ordinaire l'accouchement après la grossesse composée, et par conséquent la plus avantageuse pour la mère; joint à cela que l'enfant ne court aucun risque, tant que la matrice ne se contracte pas, soit qu'il nage dans l'eau de l'amnios, soit que ce liquide ait déjà coulé. Enfin, dans le cas où les deux placenta sont séparés et distincts, si l'on se hâtait de retourner le second enfant aussitôt après la sortie du premier, ne pourrait-on pas entraîner avant terme un fœtus destiné à séjourner et à se développer encore dans la matrice? Qui pourrait assurer alors que le second n'est pas le produit de la superfétation, dont on cite plus d'un exemple? Nous croyons donc qu'il n'y a que l'impuissance de la femme, ou un accident quelconque, qui puisse déterminer un accoucheur à extraire le second enfant de la matrice immédiatement après la sortie naturelle du premier. Dans tout autre cas, il paraît plus prudent d'attendre que les contractions utérines se renouvellent et déterminent l'accouchement. Sans cette précaution, on s'exposerait aux plus grands malheurs. Voici un fait bien capable de contenir les accoucheurs dans les bornes de la réserve à cet égard; on le trouve dans le neuvième volume des Transactions Médico-Chirurgicales, où il a été consigné par J. Chapman. Il s'agit d'une femme qui eut, dans le septième mois de sa grossesse, des douleurs et une perte considérable. Ce praticien fut appelé, et à son arrivé on lui présenta une masse que la malade venait de rendre par le vagin. On observait dans cette masse un placenta sain, qui avait le volume que ce corps présente du cinquième au sixième mois de la gestation; on y observait aussi des membranes entières, mais flasques et d'un jaune sale, enfin un petit fœtus du volume de ceux de trois à quatre mois. La femme n'eut ni douleurs ni hémorrhagie, et elle accoucha deux mois après d'une fille qui se portait fort bien. L'accoucheur qui, dans un semblable cas, après l'expulsion d'un fœtus avorté, aurait la témérité d'extraire celui qui resterait dans la matrice, ne se rendrait-il pas coupable d'infanticide, et ne risquerait-il pas de compromettre le salut de la femme qui aurait réclamé son assistance?

CHAPITRE II.

De l'accouchement mécanique, ou qui exige l'emploi des instrumens.

Parmi les accouchemens non naturels, il en est qu'il serait très-difficile, même dangereux, de terminer avec la main seule, quoiqu'il n'y eût aucune disproportion entre le bassin de la mère et le corps de l'enfant. Tels seraient, par exemple, ceux dont un accident quelconque exigerait la prompte terminaison, lorsque la tête, déjà engagée, n'aurait pas encore franchi le col de la matrice. Il est vrai que les instrumens, dans ce cas-là, ne seraient que préférables à la main; mais ils seraient au moins exclusivement indiqués, lorsque la tête, complètement descendue dans le vagin, ne pourrait plus rentrer dans la matrice, dont elle aurait franchi le col, et que des circonstances urgentes ne permettraient plus aucun retard. Enfin, l'emploi des instrumens est d'une absolue et indispensable nécessité, toutes les fois que le bassin est très-étroit, ou l'enfant très-volumineux. Car alors, point de milieu; il faut agir sur le corps de ce dernier, ou pratiquer quelque opération sur celui de la mère, pour faire cesser la disproportion qui rend les efforts de la nature impuissans.

Tous les accouchemens qu'on termine avec des instrumens se nomment communément *laborieux,* quoiqu'il y en ait qui offrent très-peu de difficulté. Une dénomination aussi impropre et aussi inexacte doit donc disparaître des livres élémentaires, pour être remplacée par une autre plus conforme à l'objet qu'il s'agit de représenter. Or, celle d'*accouchemens mécaniques,* que nous avons adoptée, paraît avoir ce dernier avantage, puisqu'elle convient à tous les accouchemens où la main seule ne peut suffire.

Nous ne ferons point ici l'énumération de tous les instrumens qu'on a introduits dans la pratique de cette branche de la chirurgie; elle paraîtrait beaucoup plus ennuyeuse qu'utile, surtout dans un ouvrage où nous avons pour but de dire uniquement ce qui est nécessaire. Nous n'exposerons donc que ceux dont l'utilité est généralement reconnue, et nous les diviserons en deux séries: la première comprendra les instrumens mousses, qu'on n'applique directement que sur le corps de l'enfant; dans la seconde, il sera question des instrumens tranchans ou aigus, avec lesquels on opère non-seulement sur l'enfant, mais encore sur la mère.

PREMIÈRE SÉRIE.

Des instrumens mousses pour terminer les accouchemens non naturels.

Ces instrumens sont au nombre de trois, savoir: le lacs, le levier et le forceps.

ARTICLE PREMIER.

Du lacs.

Cette espèce d'instrument n'est qu'un ruban d'une aune de long, et d'environ un pouce de large. Peu importe qu'il soit de fil, de laine ou de soie. On le prend, comme on le trouve, dans les occasions où l'on juge à propos de s'en servir. Il ne peut s'appliquer qu'aux pieds ou aux mains de l'enfant, sur les aisselles, aux plis des jarrets et des aines. Peu avait proposé aussi de le passer sur le corps du fœtus avec un crochet fenêtré, pour faire descendre les fesses, lorsque l'un des bras était sorti le premier; mais nous avons déjà fait entrevoir la difficulté et l'inconvénient de ce procédé.

Le lacs n'offre quelque utilité que pour fixer l'un des pieds de l'enfant, après qu'on l'a dégagé, et pendant qu'on va chercher l'autre, ou pour retenir l'un des bras sorti prématurément, pendant qu'on va chercher les pieds. Il offre aussi quelques ressources, lorsque les genoux, les fesses, ou les épaules, déjà engagées dans l'excavation du bassin, tardent trop long-temps à sortir. Appliqué alors au pli des jarrets, ou des aines, ou dans les creux des aisselles, il sert à tirer ces parties, quand les doigts ne peuvent les accrocher. Dans tous ces cas, le lacs est moins un instrument propre à terminer l'accouchement, qu'un moyen de mieux appliquer les forces sur les parties de l'enfant qu'on extrairait mal avec la main.

ARTICLE II.

Du levier.

L'histoire du levier n'offre rien de bien curieux ni de bien intéressant. On en attribue la découverte à Roonhuysen, accoucheur hollandais, dont la famille en fit dans la suite un objet de commerce et de lucre. L'art d'employer cet instrument n'était enseigné qu'aux héritiers de l'inventeur ou à ceux qui l'achetaient à prix d'argent, et promettaient de ne point le divulguer; mais ce honteux monopole ne dura qu'un temps. Deux des co-possesseurs, de Vischer et Van de Poll, ne se crurent point obligés de garder un secret qui était un scandale pour la chirurgie et une sorte d'outrage envers l'humanité.

Le levier de Roonhuysen, si l'on en croit ces derniers accoucheurs, n'était qu'une lame d'acier, bien trempée, de onze pouces de long ou environ, sur un pouce de large, et sur une ligne et demie d'épaisseur. La partie moyenne en était droite et garnie dans son revers d'emplâtres épais de diapalme ou de diachylon gommé, qui l'empêchaient de contondre les parties de la femme. Les extrémités, au contraire, en étaient légèrement recourbées dans l'étendue de trois pouces et demi à peu près, sur un huitième de pouce de profondeur. Elles étaient aussi revêtues d'emplâtres qui garantissaient la tête de l'enfant d'une trop rude compression. Une peau de chien mince, fort douce et artistement cousue, recou-

vrait tout l'instrument, et présentait en quelques endroits une épaisseur de trois huitièmes de pouce, suivant le traducteur de la dissertation de de Vischer et de Van de Poll, ou d'une ligne et demie seulement, suivant M. Herbiniaux, accoucheur de Bruxelles.

Quoique nous n'ayons peut-être aujourd'hui que des renseignemens peu exacts sur la manière dont Roonhuysen et ses co-possesseurs employaient leur instrument, on peut néanmoins conjecturer qu'ils l'appliquaient ou avaient l'intention de l'appliquer sur l'occiput de l'enfant. Le levier, disaient-ils à ceux qui en achetaient le fameux secret, est une puissance qui agit sur l'occiput. Mais ne s'en servaient-ils, comme on l'a prétendu, que pour débarrasser la femme dans le cas d'enclavement? C'est ce qui ne paraît pas vraisemblable, malgré l'autorité de Debruyn, qui assurait avoir délivré huit cents femmes avec cet instrument, dans l'espace de quarante-deux ans; car ils supposaient la tête dans le fond du bassin, entièrement nue ou hors de la matrice, tandis qu'elle ne peut s'enclaver qu'au détroit supérieur, et lorsqu'elle est encore enveloppée du col de ce viscère, suivant les partisans même de Roonhuysen. D'ailleurs, si la tête eût été enclavée, elle eût été par là même dans un contact immédiat avec le pubis et le sacrum; comment donc le levier aurait-il pu s'introduire alors sur le front ou l'occiput, qui étaient censés correspondre à ces deux points du bassin? La chose n'eût-elle pas été impossible, en admettant même que cet instrument n'eût qu'une ligne et demie d'épaisseur?

Mais la méthode de Roonhuysen n'est pas seulement impraticable dans le cas d'enclavement au détroit supérieur, elle contredit encore d'une manière formelle les vrais principes de l'art, lorsque la tête, déjà descendue dans l'excavation, n'est qu'arrêtée au passage. En effet, après avoir fixé en dedans l'une des extrémités recourbées du levier sur l'occiput de l'enfant, et le revers de la partie droite ou moyenne contre l'arcade du pubis, comme sur son point d'appui, on relevait en dehors l'autre extrémité de cet instrument; quelquefois même on la faisait monter si haut, qu'on l'approchait tout contre le ventre de la femme, pour parvenir à faire sortir la tête. On imprimait donc à celle-ci un mouvement qui la repoussait en arrière vers le sacrum et l'anus de la femme; on empêchait par là même le menton de s'écarter de la poitrine de l'enfant, et on s'exposait à déchirer le périnée dans toute son étendue. Or, est-ce là une marche conforme au mécanisme de l'accouchement naturel? Les sectateurs de Roonhuysen, s'ils avaient pris la nature pour guide, n'auraient-ils pas dû observer que la tête, après s'être engagée diagonalement au détroit supérieur, roule dans l'excavation, jusqu'à ce que l'occiput, placé vis-à-vis de l'arcade du pubis, se relève peu à peu vers le mont de Vénus, pour paraître bientôt après à la vulve? N'auraient-ils pas dû observer, par cette même raison, que le menton doit s'écarter de la poitrine et décrire la ligne courbe qui s'étend depuis la saillie sacro-vertébrale le long du sacrum, du coccix et du périnée, jusqu'à la commissure postérieure?

Convaincu des justes reproches qu'on pouvait faire au levier des Hollandais, Camper avait proposé d'appliquer cet instrument sur l'un des angles de la mâchoire inférieure; mais ce n'était là qu'éviter un défaut pour retomber dans un autre peut-être encore pire. Car, outre que dans ce procédé on risquerait aussi de blesser les parties de la femme sur lesquelles on fixerait le point d'appui, on augmenterait encore le renversement de la tête sur la nuque, ce qui serait contraire aux principes de l'art, surtout si elle était encore peu au-dessus du détroit supérieur. Le procédé de Camper ne conviendrait donc tout au plus que lorsque la tête, plongée dans l'excavation du bassin, ne fléchirait pas convenablement en arrière, pour franchir le détroit inférieur et la vulve. Mais alors l'accoucheur ne trouverait-il pas dans ses doigts un moyen plus sûr, plus commode et plus doux que le levier, pour favoriser ce mouvement.

Titsingh et Herbiniaux ont cru qu'il serait plus avantageux d'appliquer cet instrument sur les régions temporales ou aux environs de l'apophyse mastoïde. Mais alors la tête, poussée obliquement sur un de ses côtés, ne tendrait-elle pas à se renverser sur le côté opposé, et n'offrirait-elle pas des dimensions disproportionnées à celles du bassin? Ce procédé n'est donc ni plus méthodique ni plus salutaire que celui de Roonhuysen et de Camper. D'où il suit que le levier, tel qu'il a été décrit et employé par les Hollandais, supposait une ignorance complète de l'art des accouchemens, ou ne servait qu'à cacher le plus vil charlatanisme.

Passons maintenant à l'examen du levier français, et tâchons d'apprécier les avantages qu'on peut en retirer dans la pratique.

SECTION PREMIÈRE.

Du levier des Français.

Peu importe de connaître les changemens que le levier a reçus dans sa forme de chaque main qui l'a employé depuis son invention jusqu'à nos jours. Il suffit de savoir que le levier des Français ne ressemble nullement à celui de Roonhuysen, et que son usage, loin d'être contraire aux principes de l'art, peut favoriser la terminaison de l'accouchement dans quelques circonstances.

Cet instrument imite assez bien l'une des branches du forceps à une seule courbure. Il en diffère seulement parce qu'il est plus étroit et plus allongé, et que l'intérieur de sa courbure est bordé d'un filet semblable à celui qui règne autour des cuillers du forceps à double courbure. Baudelocque, d'après Goubelli, a proposé de le courber davantage et de lui donner la moitié de sa longueur de plus. Nous croyons qu'on pourrait alors le faire pénétrer plus avant sur la tête, et en accrocher l'occiput avec plus de solidité.

Mais quelques corrections qu'on lui fasse éprouver dans sa forme ou dans ses dimensions, le levier des Français ne pourra jamais servir à extraire la tête de l'enfant, non-seulement quand elle est enclavée à l'entrée du bassin, mais encore quand elle est simplement arrêtée au détroit inférieur. A quoi se bornera donc l'utilité

de cet instrument? A corriger certaines positions défectueuses de la tête, qui l'empêchent de traverser librement la filière du bassin. Il peut arriver, pendant le cours du travail, que l'occiput se renverse sur le dos, et que le menton s'écarte de la poitrine avant le temps où ce mouvement est nécessaire. Alors l'enfant, au lieu du vertex, doit nécessairement présenter le front et le visage; ce qui rend l'accouchement impossible par les seules forces de la nature, à moins que le bassin ne soit plus large ou la tête plus petite que de mesure. C'est dans ce cas-là que le levier convient pour abaisser l'occiput; encore faut-il que la main seule ne puisse pas opérer ce changement avantageux. Car, toutes les fois que celle-ci suffit pour redresser la tête, elle mérite la préférence sur tout autre instrument.

Il s'en faut bien que le levier des Français agisse comme celui de Roonhuysen, ou comme un levier ordinaire. Ce n'est qu'un crochet mousse qui prend son point d'appui sur l'occiput, en opère la bascule, et l'entraîne vers le centre du bassin. Mais ensuite la nature ou le forceps doivent faire le reste, et terminer l'accouchement.

SECTION II.

De l'application du levier français.

L'unique but qu'on se propose en France avec le levier, est d'agir sur l'occiput pour l'abaisser, et pour faire remonter en même temps le menton vers la poitrine. L'application de cet instrument doit donc toujours se faire d'après les mêmes principes, et si elle admet quelques différences, elles ne peuvent avoir lieu que relativement aux positions de la tête. Or, celle-ci peut s'engager de manière que la longueur du vertex se porte directement du pubis au sacrum, ou diagonalement d'une cavité cotyloïde à la symphyse sacro-iliaque opposée. Dans le premier cas, qui est le plus défavorable et le plus contraire à la situation naturelle de la tête, quoi qu'en disent certains auteurs, l'occiput répond, tantôt au pubis et tantôt à la saillie sacro-vertébrale; dans le second, cette même région peut regarder l'une des cavités cotyloïdes, comme cela arrive dans les positions les plus naturelles, ou l'une des échancrures ischiatiques, ce qui ne s'observe presque jamais. Exposons néanmoins, en peu de mots, le procédé opératoire relatif à chacune de ces positions.

1° Lorsque l'occiput, renversé sur le dos, répond au pubis, il faut d'abord essayer, avec les doigts seuls, de corriger cette position défectueuse. Mais si les tentatives sont inutiles pour redresser la tête, parce qu'il y a trop de temps que les eaux se sont écoulées, il faut nécessairement avoir recours au levier, ou à l'une des branches du forceps, qui peut remplacer cet instrument en cas de nécessité. On le saisit d'une main, on baisse l'extrémité qui lui sert de poignée, et on insinue l'autre un peu obliquement sur l'un ou l'autre côté de la tête pour la ramener ensuite sur l'occiput ou derrière la symphyse du pubis; on a soin de la diriger ou de lui préparer la voie avec un ou deux doigts de la seconde main qu'on

introduit à l'entrée du vagin. On relève ensuite peu à peu l'extrémité qui est en dehors, en la portant tour à tour vers l'une et l'autre cuisse de la femme. Quand la portion recourbée du levier embrasse exactement la convexité de l'occiput, ou que le manche en est à peu près parallèle à l'horizon, on le saisit d'une main près du pubis, et on le presse en arrière vers le coccix de la femme, pendant que de l'autre main on tire sur son extrémité qu'on baisse légèrement. Pour donner plus d'efficacité à ce mouvement combiné de pression et de traction, on peut se contenter d'agir sur le revers de l'instrument avec le pouce de la main qui en embrasse le milieu, et porter en même temps l'extrémité des autres doigts sur le visage, pour repousser le menton vers la poitrine. Après que la tête a fait la bascule, si les contractions utérines ne peuvent l'expulser, on la saisit et on l'entraîne avec le forceps.

2° L'occiput vient-il à se renverser sur le dos, quand il regarde le sacrum, on tâche de le ramener à sa situation naturelle avec les doigts, et si l'on éprouve trop de résistance, il faut la surmonter avec le levier. On le tient alors d'une main, à peu près comme l'algali, pour sonder par-dessus le ventre, mais en l'inclinant un peu moins vers l'hypogastre. On lui prépare la voie de quelques doigts; on l'insinue devant le sacrum, et, à mesure qu'il pénètre, on en baisse insensiblement la poignée, qu'on porte alternativement de droite à gauche. Dès qu'on s'est assuré que l'instrument est bien placé, on en saisit le milieu d'une main auprès du périnée, et on tire de l'autre sur la poignée, qu'on relève peu à peu, jusqu'à ce que la tête soit redressée ou que l'occiput paraisse à la vulve.

3° Quand la tête, située diagonalement, se renverse sur le dos, et que l'occiput correspond à l'une des cavités cotyloïdes, on s'efforce de la redresser avec la main, comme dans les positions précédentes; mais si le succès ne couronne pas cette entreprise, il faut avoir recours au levier, pour abaisser l'occiput et repousser le menton vers la poitrine. On peut aussi, à l'exemple de Levret, se servir utilement de l'une des branches du forceps, mais de la branche mâle, si l'occiput regarde la cavité cotyloïde gauche, et de la femelle s'il regarde la cavité cotyloïde droite. Toutefois on se gardera de croire, avec ce dernier auteur, que, dans ces cas-là, l'épine ischiatique puisse s'enfoncer dans la suture sagittale. Quel que soit celui de ces deux instrumens qu'on adopte, on le saisit comme nous l'avons déjà dit, mais on le dirige un peu de côté vers le trou sous-pubien auquel répond l'occiput qu'on se propose d'abaisser. Du reste, la manière de saisir le milieu de l'instrument pour l'appuyer contre la tête, et de tirer sur l'extrémité qui sert de poignée, est la même que ci-dessus. Après avoir ainsi corrigé cette position vicieuse, on abandonne l'accouchement aux efforts de la nature, ou bien on le termine avec le forceps, si on le juge nécessaire.

4° L'occiput renversé sur le dos est-il tourné vers l'une des échancrures ischiatiques, on y insinue le levier ou l'une des branches du forceps, dont on relève d'abord en haut l'extrémité qui sert

de poignée, en l'inclinant plus ou moins vers l'aine opposée de la femme; on redresse convenablement la tête, et on se conduit ensuite comme dans les autres cas.

REMARQUE.

Nous venons de voir que l'occiput ne pouvait se renverser sur le dos, sans que la tête présentât le front au lieu du sommet; donc, si ce renversement devient plus considérable par l'effet des contractions utérines, on doit nécessairement s'attendre à rencontrer le visage de l'enfant dans la filière du bassin; cependant il s'arrête pour l'ordinaire au détroit supérieur, à moins que la tête ne soit très-petite ou le bassin très-large.

Si elle est déjà engagée, lorsqu'on est obligé d'opérer et de terminer l'accouchement, on doit d'abord essayer d'en corriger la mauvaise position avec la main seule, en faisant descendre le vertex ou en repoussant le visage. Si l'on ne peut y réussir, on se sert du levier, qu'on insinue sur le sommet jusqu'au-dessus de la fontanelle postérieure, pour accrocher et entraîner l'occiput, suivant les procédés que nous avons déjà indiqués.

Mais cet instrument n'aurait pas le même avantage, lorsque la tête, encore fixée au détroit supérieur, résiste trop à la main qui essaie de la redresser, et lorsqu'il y a de l'impossibilité ou seulement du danger à retourner l'enfant. Le forceps mérite alors la préférence pour donner à la tête une position diagonale, et pour la faire descendre dans l'excavation où il y a plus d'espace, et où il est plus facile de faire remonter le visage et de ramener le sommet.

ARTICLE III.

Du forceps.

L'histoire du forceps n'est guère plus curieuse ni plus intéressante que celle du levier. En parcourant les annales de l'art, on en trouverait, ce semble, quelques faibles vestiges dans les écrits des Arabes, ainsi que dans ceux de Jacques Ruff, qui vivait au milieu du seizième siècle. Mais ce n'était, dans ces temps reculés, qu'une tenaille armée de dents crochues, qui servait uniquement à écraser ou à démembrer la tête de l'enfant. On fixe aujourd'hui, d'une manière assez générale, l'origine de cet instrument, ou au moins le premier essai qu'on en fit pour extraire la tête, vers le commencement du dix-septième siècle. A partir de cette époque où il était encore grossier et informe, on le voit s'élever lentement et comme par degrés à ce haut point de perfection qui lui mérite, de nos jours, le premier rang dans les arsenaux de chirurgie. Qu'on cite, en effet, un autre instrument qui ait le glorieux privilége de sauver deux individus à la fois, sans nuire à l'un ni à l'autre!

Auquel des deux, de Chamberlayne en Angleterre, ou de Palfin en France, faut-il attribuer la découverte du forceps? C'est-là une question peu importante quant au fond, et sur laquelle les opi-

nions sont assez partagées. La vérité est qu'entre les mains de ses invénteurs cet instrument n'offrait, pour ainsi dire, que la réunion de deux grandes cuillers à soupe, dont ils se servaient pour saisir et extraire la tête de l'enfant, lorsqu'elle était descendue dans l'excavation du bassin. Et comment auraient-ils pu le porter alors jusqu'au détroit supérieur, puisqu'il n'avait pas assez de longueur, et qu'il ne présentait qu'une courbure sur le plat?

Notre intention n'est pas de suivre ici le forceps dans ses progrès ou dans les divers changemens qu'il a reçus depuis son origine; nous nous empresserons d'arriver à cette brillante époque si rapprochée de notre siècle, où Levret et Smellie ont perfectionné, et, s'il est permis de s'exprimer ainsi, inventé de nouveau cet instrument. Ces deux accoucheurs, qui tenaient le sceptre de l'art chacun dans sa nation, ont ajouté une seconde courbure à la tenaille de Palfin, et lui ont donné cette forme élégante qui, en la rendant plus salutaire, en circonscrit moins l'usage. Laissons encore à d'autres le soin de discuter auquel de ces deux rivaux appartient la gloire d'avoir le plus coopéré à l'un des plus beaux chefs-d'œuvre de l'art, et contentons-nous de le considérer, ou plutôt de l'admirer tel qu'ils nous l'ont transmis.

Le forceps, comme l'indique assez l'étymologie de ce mot, est aujourd'hui une espèce de pince composée de deux branches parfaitement semblables, excepté à l'endroit de leur jonction, où l'une présente un pivot mobile, et l'autre une mortaise destinée à le recevoir. C'est de cette légère différence que sont venues sans doute ces dénominations, tout à la fois impropres et indécentes, de *branche mâle* et de *branche femelle,* auxquelles on pourrait fort bien substituer celles de *branche à pivot* et de *branche à mortaise.* Quoi qu'il en soit, le pivot, plus gros à sa base qu'à son sommet, traverse facilement la mortaise, qui est plus longue que large, et fixe par un demi-tour les deux branches assemblées l'une contre l'autre.

On considère, dans chacune de ces branches, une partie antérieure ou courbée, qu'on appelle la *cuiller,* et une autre postérieure ou droite, qu'on nomme le *manche* ou la *queue* de l'instrument.

La cuiller, qui en forme à peu près le tiers de la longueur, est fenêtrée ou percée à jour, On y remarque deux courbures, l'une ancienne sur le plat, l'autre nouvelle sur le bord; elles ont chacune six lignes de profondeur. Autrefois il régnait aussi intérieurement, le long de chaque jumelle, une espèce de vive arête, qu'on croyait utile pour mieux accrocher la tête, mais qui, dans le fait, ne servait qu'à la meurtrir ou à la contondre; aussi, en l'effaçant, n'a-t-on supprimé qu'un inconvénient de plus.

La queue du forceps se termine par une espèce de crochet mousse, qui est d'une grande utilité pour tirer sur les aisselles, sur les aines et sur les jarrets de l'enfant, lorsqu'on ne peut saisir commodément ces parties avec les doigts ou avec le lacs. C'est pour le rendre encore plus propre à cet usage, qu'on ne lui donne aujourd'hui, d'après le conseil de Baudelocque, que la courbure

d'un léger croissant arrondi dans sa longueur et terminé par un bouton olivaire.

Tel était donc le forceps de Levret, ou des Français, que tant de gens de l'art, plus séduits par le désir d'innover, que par l'amour du vrai, ont encore essayé de perfectionner. Péan avait proposé de l'allonger de deux pouces, pour le rendre plus utile en certains cas; et le professeur Antoine Dubois y a fait ajouter depuis deux crochets aigus sans lui ôter les crochets mousses, afin de réunir en un seul tous les instrumens nécessaires à l'accoucheur. Si l'on en excepte ces deux changemens, ainsi que la suppression du filet intérieur, et la nouvelle forme des crochets mousses, que les praticiens judicieux ne peuvent désapprouver, tous les autres, soit par rapport à l'augmentation ou à la diminution des courbures, soit par rapport à la forme des branches et à la manière de les assembler, paraîtront, aux yeux de tout homme impartial, moins des corrections ingénieuses que des défauts essentiels, qui rendent cet instrument plus compliqué, sans en augmenter les avantages.

L'ignorance et la prévention, et que peut-il y avoir de sacré pour elles! n'ont pas manqué de déclamer contre le forceps. On a dit qu'il était moins fécond en ressources qu'en inconvéniens, et qu'il immolait plus de victimes qu'il n'en sauvait, genre de reproche qu'on pourrait diriger contre tout autre instrument de chirurgie, fût-il même le plus salutaire; car si l'abus peut servir de prétexte pour accuser et proscrire, de quoi n'a-t-on pas abusé et n'abuse-t-on pas encore tous les jours? Mais les accoucheurs instruits et de bonne foi sont loin d'être aussi sévères. Ils regardent, au contraire, le forceps comme une des découvertes qui ont le plus contribué à perfectionner et à honorer l'art dans les siècles modernes. A la vérité ils ne croient pas qu'il puisse être d'un usage universel, ni qu'on doive l'appliquer d'une manière arbitraire. Ils lui assignent certaines bornes qu'il ne peut franchir sans être dangereux, même mortel, et ils établissent des règles dont on ne peut s'écarter sans augmenter les obstacles qui s'opposent à l'accouchement.

D'abord on ne peut appliquer le forceps que sur la tête de l'enfant, conformément à l'intention des gens de l'art qui l'ont inventé ou perfectionné; et ne suffit-il pas de jeter un coup d'œil sur ses deux courbures, pour juger qu'elles ne sont propres qu'à saisir ou embrasser cette partie, depuis l'occiput jusqu'au menton, en passant sur les régions temporales? C'est donc par une extension abusive qu'on a proposé d'employer aussi cet instrument pour dégager les fesses, trop avancées ou trop étroitement serrées dans le bassin. Qui ne voit, en effet, qu'alors l'extrémité de la pince fixée sur l'abdomen ou sur la poitrine comprimerait trop ces cavités, contondrait le foie très-volumineux à l'époque de la naissance, et enfoncerait quelques-unes des côtes? Que deviendrait donc alors la vie de l'enfant, qu'on a tant d'intérêt à conserver? Il n'y aurait que la mort de ce dernier, si l'on pouvait en acquérir la certitude,

qui pourrait justifier l'application du forceps, pour dégager les fesses, quand on ne peut les extraire avec la main. Encore les crochets mousses et légèrement recourbés qui terminent les branches de cet instrument, offriraient-elles alors un moyen beaucoup plus doux, plus simple et plus sûr que les cuillers. Qu'on cesse donc d'alléguer les cas, toujours très-rares, où le forceps appliqué sur les fesses de l'enfant en a opéré l'extraction, sans lui donner la mort: De telles exceptions suffiraient-elles pour imprimer la force d'une loi générale à un procédé aussi essentiellement dangereux?

Mais le forceps ne convient pas seulement, comme on l'avait imaginé dans les premiers temps, pour extraire la tête lorsqu'elle se présente la première, et qu'elle est arrêtée au passage ou au détroit inférieur. Il offre aussi de grandes ressources lorsqu'elle ne peut franchir l'entrée du bassin, lorsqu'elle est retenue dans l'excavation après la sortie du tronc, enfin lorsqu'elle est enclavée et dans l'impossibilité d'avancer par les contractions de la matrice, ou de rouler sur son axe par les efforts de la main : trois circonstances où les succès de cet instrument sont dus à l'augmentation de sa longueur et à sa nouvelle courbure.

On a cru pendant long-temps, et beaucoup de praticiens sont encore dans cette idée, que le forceps ne pouvait comprimer la tête d'une bosse pariétale à l'autre sans la forcer de s'allonger de l'occiput au menton ; mais il n'y a rien de si facile que de prouver combien cette opinion est mal fondée. Que la tête, par exemple, soit enclavée au détroit supérieur, de manière que l'occiput et le front soient dans un contact immédiat avec le pubis et le sacrum ; d'après cette supposition, il est hors de doute que l'allongement ne peut avoir lieu dans le sens du diamètre occipito-frontal, puisque les os du bassin offrent une résistance insurmontable. Si le crâne s'allonge donc alors, ce ne peut être que de la base au sommet, régions qui ne touchent point les os du bassin ; mais l'intervalle des branches est si resserré vers l'entablement, que cet effet doit être peu remarquable ou presque insensible, quelles que soient la disposition de la tête et la force qui la comprime.

Le forceps, dira-t-on, imite la nature qui parvient souvent à pousser des têtes d'un volume ordinaire à travers des bassins dont l'entrée est resserrée. Mais le vice d'un tel raisonnement ne doit-il pas sauter aux yeux, et choquer les praticiens les moins instruits et les moins expérimentés? On ne peut certainement disconvenir qu'on n'ait vu naître des enfans dont la tête avait plus de six pouces et demi, même sept et près de huit pouces de long, depuis le menton jusqu'à la cime de la tumeur formée sur le cuir chevelu au-devant de la fontanelle postérieure, tandis que l'épaisseur n'en était que de deux pouces et demi, de deux pouces trois quarts, jusqu'à trois pouces entre les deux bosses pariétales. Il fallait donc alors que ces têtes, en se rétrécissant dans un sens, se fussent allongées proportionnément dans l'autre, pour se mouler à la filière du bassin. Or, en admettant que tous ces enfans aient joui de la vie après leur naissance, ce qui est bien éloigné de la

vérité, doit-on conclure de là que le forceps produit le même résultat, et diminue le volume de la tête de six lignes et même davantage, sans nuire à l'enfant? De bonne foi, peut-on établir de l'analogie entre un instrument qui agit d'une manière brusque, violente, souvent trop précipitée, et la nature, dont l'action est douce, lente et toujours modérée? Qu'on consulte l'observation, et qu'on prononce.

Une autre erreur, qui a peut-être donné naissance à la précédente, est que la réduction de la tête par le forceps doit s'évaluer d'après la force qu'on emploie pour la comprimer, d'après l'écartement des crochets qui terminent l'instrument au dehors, et d'après l'étendue que ceux-ci parcourent pour se rapprocher et se mettre en contact. Mais ici les faits parlent et prouvent évidemment le contraire. Baudelocque s'est procuré huit têtes d'enfans morts à l'instant de leur naissance, et dont l'épaisseur variait depuis trois pouces et demi jusqu'à quatre pouces; il les a comprimées avec trois forceps de la meilleure trempe, et en employant la force nécessaire pour mettre en contact les extrémités postérieures de ces instrumens; mais qu'a-t-il observé? précisément tout le contraire de ce qu'on s'était persuadé. Ces têtes, comprimées d'une protubérance pariétale à l'autre, n'ont pu être réduites que de deux, trois ou quatre lignes, quoique les cuillers de l'un des forceps eussent été faussées et eussent perdu quatre lignes de leur courbure. Ces mêmes têtes, comprimées de l'occiput au front, ont offert une réduction de six à huit lignes; mais alors les tégumens qui correspondaient à la fontanelle antérieure se sont rompus, et le cerveau s'est échappé en grumeaux. Ce qu'il y a de plus remarquable dans ces expériences, c'est que la tête ne s'est presque point allongée, quand elle était comprimée latéralement, ni élargie quand elle était comprimée du front à l'occiput. Faudra-t-il donc penser encore que le forceps ne peut comprimer la tête, dans une direction quelconque, sans la forcer de s'allonger dans l'autre? Faudra-t-il croire que la capacité du crâne reste toujours la même, quelle que soit la forme qu'on lui donne? Pour infirmer le résultat vraiment péremptoire de ces expériences, on pourrait objecter qu'on aurait obtenu une plus grande réduction, si elles avaient été faites sur des têtes plus volumineuses. Mais le praticien déjà cité a comprimé une tête de quatre pouces deux lignes d'une bosse pariétale à l'autre, et n'a pu obtenir qu'une réduction de deux lignes, même en faussant l'instrument dont il s'est servi, et en l'ouvrant d'un pouce à l'extrémité des cuillers. D'ailleurs, à quoi servirait l'augmentation de volume de la tête, si elle n'était en même temps très-molle, et telle qu'on l'observe dans l'hydrocéphale? la compression n'en deviendrait alors que plus dangereuse pour l'enfant, puisqu'elle diminuerait la capacité du crâne et agirait sur le cerveau.

Le bassin vicié, ajouteront les partisans outrés du forceps, est un cercle osseux qui presse sur les cuillers de l'instrument, comme l'anneau qui serre les mâchoires de certaines tenailles contre les

corps qu'elles saisissent. Mais, en accordant la justesse de cette comparaison, on ne peut se dissimuler que la réaction de l'instrument contre les parties de la femme ne soit égale à la pression qu'il exerce sur la tête de l'enfant. Donc, on doit nécessairement s'attendre à des désordres, d'autant plus fâcheux, que le bassin sera plus resserré, et qu'on emploiera plus de force pour extraire la tête.

Que conclure de toutes ces expériences? que la réduction de la tête par le forceps n'est point semblable à celle qui est l'effet de l'accouchement naturel; qu'elle est en général bien moindre qu'on ne pense, et qu'il est impossible de la déterminer d'une manière exacte et précise; car il serait nécessaire, pour cela, de mesurer le diamètre de la tête avant et après la compression, ce qui est impraticable. On doit donc s'attendre à une infinité de variétés relatives à la solidité et au volume du crâne, aux vices du bassin, à la forme, aux dimensions et à la trempe de l'instrument, à la manière dont on l'applique et à la force nécessaire pour surmonter l'obstacle qui s'oppose à l'accouchement. Mais peut-on fixer le terme au-delà duquel la réduction de la tête porterait atteinte à la vie de l'enfant? Quoiqu'on n'ait là-dessus que des données générales et fort incertaines, on peut néanmoins, sinon assurer, du moins fortement présumer, qu'une réduction de deux jusqu'à quatre lignes, n'est point nuisible. Toutefois, on aurait tort de croire qu'on pourrait la porter sans danger jusqu'à six lignes, un pouce, et même un pouce et un quart. Les praticiens qui adoptent cette opinion ne peuvent citer aucun fait pour l'appuyer, et il est vraisemblable qu'ils s'en sont laissé imposer par le rapprochement extérieur des branches, auquel on ne doit accorder aucune confiance.

Ainsi, de deux choses l'une : ou le forceps est considéré comme un moyen de sauver l'enfant, ou simplement comme un moyen d'extraire la tête quand il est privé de la vie. Dans le premier cas, il n'est jamais plus salutaire que lorsque le bassin de la femme est bien conformé, et qu'il s'agit uniquement de suppléer aux forces impuissantes de la nature, ou de prévenir les suites de quelque accident, sans être obligé d'opérer la réduction de la tête. Il cesse, au contraire, d'être aussi avantageux, dès qu'il y a de la disproportion entre la tête et la filière qu'elle doit traverser; en sorte que les praticiens le regardent comme très-dangereux, lorsque le bassin n'a que trois pouces du pubis au sacrum, et comme mortel, lorsqu'il n'a que trois pouces moins quelques lignes. Dans le second cas, c'est-à-dire, lorsque l'enfant est déjà mort, il ne convient pas, même pour extraire la tête, lorsque le bassin n'a que deux pouces et demi. Car alors il faudrait réduire le crâne, non-seulement dans le casque osseux, ou d'une bosse pariétale à l'autre, mais encore dans sa base, ou d'un temporal à l'autre; ce qui est très-difficile, pour ne pas dire impossible.

Passons maintenant à l'examen des règles qui doivent diriger l'application du forceps dans les cas où il est nécessaire pour en assurer le succès, ou pour le rendre le moins dangereux qu'il est possible.

SECTION PREMIÈRE.

De l'application du forceps, lorsque la tête est descendue dans l'excavation du bassin.

Lorsque la tête, déjà engagée dans l'excavation du bassin, n'a plus à franchir que le détroit inférieur et la vulve, les règles auxquelles l'application du forceps est subordonnée sont relatives à l'enfant, à la femme et à la manière d'opérer.

1°. Il est bien essentiel de s'assurer, par le toucher, du volume et de la position de la tête. Sans cette connaissance préliminaire, comment pourrait-on calculer les difficultés qui se présentent, le degré de force nécessaire pour les surmonter, et le danger que court l'enfant de perdre la vie pendant l'opération? Comment saurait-on à quels points du bassin répondent les parties latérales de la tête, sur lesquelles il faut toujours appliquer les branches de l'instrument?

Que l'accoucheur touche donc la femme aussitôt que la tête est dans l'excavation du bassin; car, pour peu qu'il diffère, il donne au cuir chevelu le temps de s'engorger et de s'opposer aux recherches convenables. Dès-lors il est très-difficile, même impossible, de distinguer la partie qui se présente, et la situation qu'elle prend; les sutures et les fontanelles ne sont plus sensibles, on n'agit plus qu'au hasard, et on risque de compromettre le salut d'un enfant qu'on eût indubitablement sauvé. Dans ce cas-là, le moindre danger que l'on craint doit toujours déterminer à ondoyer la tête, en y conduisant de l'eau au moyen d'une seringue.

2°. Que la femme soit située, comme pour l'accouchement manuel, c'est-à-dire, à la renverse, sur l'extrémité de son lit, de manière que les fesses débordent un peu. Cette situation est la seule commode pour la femme et pour l'opérateur; elle mérite donc la préférence sur toute autre, lorsqu'il est nécessaire d'employer beaucoup de force pour extraire la tête ou seulement pour en changer la position. Mais dans les circonstances où celle-ci occupe entièrement le fond du bassin, et où elle a déjà exécuté le mouvement de rotation, s'il ne s'agit que de suppléer aux forces impuissantes de la nature, ou de prévenir les suites de quelque accident, tel qu'une hémorrhagie, des convulsions, etc., on peut terminer l'accouchement, quoique la femme reste sur le petit lit ordinaire, pourvu qu'elle ait seulement les fesses un peu élevées, les cuisses et les jambes fléchies.

3°. Avant d'appliquer le forceps, il faut que le col de la matrice ait la souplesse nécessaire, et que l'orifice en soit assez dilaté pour laisser passer la tête; il en est de même du vagin et de la vulve: car si toutes ces parties n'étaient pas convenablement disposées, on aurait tort d'y introduire l'instrument; les tentatives qu'on ferait pour cela seraient inutiles, ou causeraient des contusions, des déchirures et un délabrement épouvantable.

4°. Le moment de l'opération arrivé, l'accoucheur chauffe un peu le forceps et en sépare les branches, dont il enduit les cuillers

avec le beurre ou la pommade qui sert à oindre ses mains. Il insinue ensuite les deux branches séparément, en commençant toujours par la branche à pivot, à moins que l'occiput ne réponde à la partie latérale gauche du bassin; dans ce dernier cas, il est plus avantageux d'introduire la branche à mortaise la première, comme il est facile de s'en convaincre sur le mannequin.

5°. Qu'on n'introduise jamais les branches de l'instrument sans leur avoir préparé la voie du bout de quelques doigts insinués entre la tête et le bord de l'orifice; avec cette précaution, on est toujours sûr de porter les cuillers sur les parties de la tête qu'elles doivent embrasser, et de ne jamais pincer la matrice. Mais comment éviter ce dernier inconvénient, lorsque la tête a déjà franchi le col de ce viscère et qu'elle occupe entièrement le vagin? Il faut alors que l'accoucheur ait soin de tenir l'extrémité de chaque cuiller appliquée le plus exactement possible sur la tête, afin de les faire glisser sous le cercle du col, au lieu de les diriger contre le cul-de-sac que forme l'union de la matrice avec le vagin.

6°. Le grand art d'appliquer le forceps sans nuire à la mère ni à l'enfant consiste à introduire chaque branche, de manière que l'ancienne courbure des cuillers corresponde à la convexité de la tête et à la concavité du bassin. Pour cela, on incline l'extrémité qui sert de manche vers l'aine opposée au côté où est l'extrémité qu'on insinue, et, à mesure que celui-ci pénètre, on abaisse et on ramène l'autre vers la ligne médiane qui répond à la symphyse du pubis.

7°. Qu'on ne procède jamais avec force ni violence pour introduire les branches, mais toujours avec douceur et d'une manière lente, afin de ménager les parties de la mère et de l'enfant. Se présente-t-il quelque obstacle qui empêche les cuillers de pénétrer à la hauteur convenable, on s'arrête, on examine et on avise aux moyens de le surmonter. Tantôt ce sont les rides ou replis du cuir chevelu, dont on se débarrasse en variant un peu la direction de l'instrument; tantôt ce sont les cuillers qu'on appuie avec trop de force contre la tête ou contre les parois du bassin : difficulté qu'on fait disparaître aussi, en levant ou en abaissant l'extrémité postérieure du forceps, en l'inclinant vers l'une ou l'autre cuisse, en un mot, en mettant les courbures des cuillers dans le rapport le plus convenable avec celle des parties entre lesquelles on les fait glisser. Tous ces détails, peut-être un peu minutieux, se conçoivent mieux qu'ils ne s'expliquent, et prouvent certainement la nécessité d'acquérir cette grande habitude que tous les maîtres de l'art ont soin de recommander, et à laquelle rien ne saurait suppléer dans la pratique.

8°. Le forceps, pour extraire la tête avec facilité, doit la saisir dans sa glus grande longueur, c'est-à-dire de l'occiput au menton. S'il la prenait de l'occiput au front, il lui imprimerait nécessairement une marche peu conforme au mécanisme de l'accouchement naturel, dans lequel elle présente ses plus petites dimensions aux plus grandes du bassin. Il suit de là que si l'occiput était renversé



sur le dos, de manière que l'enfant présentât le visage, il faudrait, avant d'appliquer le forceps, redresser la tête avec la main ou avec le levier. Il ne serait pas moins indispensable de la ramener à sa situation naturelle, si elle présentait la nuque ou l'une des régions temporales; car, encore une fois, le forceps ne peut être appliqué d'une manière convenable que lorsque l'occiput ou la fontanelle postérieure répond au centre de l'excavation.

9°. Pour peu qu'on examine la forme et les courbures du forceps, on voit que les cuillers ne peuvent embrasser que les parties latérales de la tête. Or, il s'en faut bien que celles-ci prennent constamment la même position à l'égard du bassin. Elles peuvent répondre, soit aux deux fosses iliaques, soit au pubis et au sacrum, soit enfin à quelques points intermédiaires, tels que l'une des cavités cotyloïdes et l'échancrure ischiatique opposée. Il serait donc absurde d'adopter la méthode de Levret et de la plupart des accoucheurs modernes, qui conseillent de ne jamais appliquer les branches du forceps que sur les côtés du bassin, sans avoir égard à la situation de la tête. En suivant un précepte aussi général, ne risquerait-on pas d'embrasser l'occiput et le visage, ou l'un des côtés du front et le côté de l'occiput qui lui est diagonalement opposé? On ne saisirait donc plus les parties latérales de la tête, ce qui est néanmoins d'une absolue nécessité pour le succès de l'opération.

10°. Quand le forceps a bien saisi la tête, il faut en serrer les branches avec plus ou moins de force, suivant les difficultés qui se présentent. Le bassin est-il bien conformé, il ne s'agit que d'empêcher les cuillers de lâcher prise, ce qui exige seulement une médiocre ou légère pression. Mais s'il existe un défaut de proportion ou de largeur au détroit inférieur, il est nécessaire de serrer la tête plus étroitement. Comme elle doit nécessairement diminuer de volume, au moins dans le sens de sa largeur, pour passer entre les deux tubérosités ischiatiques, on conçoit que l'instrument pourrait la laisser échapper, si l'on n'avait la précaution d'en rapprocher extérieurement les branches l'une contre l'autre. On recommande même alors de les envelopper d'une serviette roulée, afin de les fixer dans cet état et de les tenir avec plus de fermeté.

11°. Pour extraire la tête avec le forceps, il faut que les tractions soient parallèles à l'axe du détroit inférieur, conformément au mécanisme de l'accouchement naturel, qu'on ne doit jamais perdre de vue. Mais est il toujours nécessaire de tirer en ligne droite, ou bien doit-on faire exécuter à l'extrémité externe du forceps de grands mouvemens de rotation, ainsi que de célèbres praticiens l'ont recommandé, pour dérider le vagin? le premier de ces procédés serait insuffisant pour vaincre les difficultés qu'opposerait l'engorgement ou la rigidité de ce canal, et le second pourrait meurtrir ou contondre les parties génitales externes de la femme. Qu'on suive donc un juste milieu entre ces deux extrêmes, et qu'on tire sur les branches de l'intrument, en les inclinant un peu vers l'une et l'autre cuisse.

12°. Enfin, à mesure que la tête approche du détroit inférieur et de la vulve, on doit lui faire exécuter le mouvement de flexion en arrière, en relevant peu à peu le forceps vers le mont de Vénus, ou en l'abaissant vers le fondement, selon que le visage correspond au sacrum ou au pubis. Le périnée commence-t-il à se distendre, on a soin de le soutenir d'une main, sans quoi la déchirure en est inévitable. Pour dégager les branches de l'instrument, on attend que les protubérances pariétales aient franchi le détroit, à moins que la femme n'ait assez de force pour expulser la tête après qu'elle a été seulement ébranlée, et lorsqu'elle commence de paraître à la vulve : or, dans ces circonstances, qui sont infiniment rares, ne vaudrait-il pas encore mieux continuer de l'extraire, puisque le forceps, conduit par une main habile et exercée, peut imiter la marche lente de l'accouchement naturel, qu'il faut toujours se proposer pour modèle quand on opère?

Mais des préceptes aussi généraux doivent nécessairement éprouver quelques modifications, relativement aux positions que la tête peut prendre dans l'excavation du bassin. C'est ce que nous allons examiner.

Première position.

Application du forceps lorsque la tête occupe le fond du bassin, l'occiput répondant au pubis, et le front à la concavité du sacrum.

Cette position est la plus simple de toutes celles qui nécessitent l'emploi du forceps; elle est pour ainsi dire l'élément auquel il faut réduire les autres. Ce n'est donc pas sans raison qu'on l'a placée au premier rang, puisqu'il est toujours naturel de procéder du simple au composé.

Quand la tête est aussi avancée, il peut arriver que la femme tombe dans l'épuisement, que les douleurs se ralentissent ou cessent tout-à-fait, qu'une hémorrhagie, la syncope ou des convulsions se déclarent; enfin, que la tête elle-même ne puisse franchir commodément le détroit inférieur, à cause d'une légère étroitesse, soit du pubis au sacrum, soit d'une tubérosité ischiatique à l'autre. Telles sont les circonstances où le forceps, méthodiquement appliqué, produit pour ainsi dire des merveilles, en sauvant la mère et l'enfant.

Tout étant bien disposé, les parties génitales assez dilatées, et la femme convenablement située, l'accoucheur saisit de la main gauche la branche à pivot par son milieu, à peu près comme une plume à écrire; il en tourne la nouvelle courbure vers le pubis, et en incline l'extrémité en forme de crochet vers l'aine droite de la femme; il insinue ensuite la cuiller sur le côté gauche du bassin, où quelques doigts de la main droite l'empêchent de pincer le bord correspondant de la matrice. Dès qu'elle a dépassé les doigts qui lui ont préparé la voie, le pouce de la main droite soutient la branche contre la tête, et la main gauche en saisit l'extrémité en forme de crochet. On éloigne peu à peu celle-ci de l'aine droite, et on l'abaisse graduellement à mesure qu'on l'enfonce, jusqu'à ce

qu'elle soit vis-à-vis de la symphyse du pubis, et parallèle à l'axe du détroit inférieur.

On est certain que cette branche est bien placée, et que l'extrémité de la cuiller s'applique aux environs de la mâchoire inférieure ou près des joues, lorsqu'on l'a enfoncée à la profondeur de quatre à cinq pouces, lorsqu'elle vacille peu, et lorsque, en tirant en ligne droite sur l'extrémité qui est en dehors, on éprouve une légère résistance; on la confie donc alors à un aide intelligent qui doit la maintenir dans la même situation, pendant qu'on applique la branche à mortaise.

L'accoucheur saisit celle-ci de la main droite, et lui prépare la voie de quelques doigts de la main gauche, pour l'insinuer ensuite sur le côté droit du bassin; il en incline l'extrémité crochue vers l'aine gauche de la femme, d'où il l'éloigne insensiblement à mesure que l'autre extrémité pénètre, jusqu'à ce que la mortaise arrive vis-à-vis du pivot qu'elle doit recevoir, et qui s'y fixe en faisant un demi-tour. On trouve quelquefois de la difficulté à unir les deux branches, soit que la première se soit dérangée, soit que la seconde ait été mal introduite. Il faut alors replacer l'une, et corriger la marche défectueuse de l'autre; mais la pratique apprend mieux que la théorie ce qu'il faut faire en pareil cas.

Après avoir ainsi appliqué le forceps, on le saisit des deux mains, dont la gauche est placée vers les parties génitales de la femme, et la droite à l'extrémité où sont les crochets. On tire à soi, et on incline légèrement cette extrémité à droite et à gauche, en évitant néanmoins de froisser les grandes lèvres avec le dos des cuillers. Si la femme éprouve encore des douleurs, on en profite, ou, pour mieux dire, on seconde les efforts de la nature en tirant sur l'instrument; mais on s'arrête dès qu'elles cessent, et on ne s'oppose point aux mouvemens de la tête qui rétrograde dans le bassin, à moins que des accidens graves n'exigent la prompte terminaison de l'accouchement. Ce cas-là excepté, on attend, pour recommencer les tractions, que les douleurs se réveillent, et on continue ainsi à tirer et à repousser lentement, jusqu'à ce que la tête commence à distendre le périnée; on soutient alors celui-ci d'une main, et on continue de tirer de l'autre avec lenteur, en relevant le bout de l'instrument vers le ventre de la femme, pour imprimer à la tête l'impulsion qu'elle suit dans l'accouchement naturel.

Seconde position.

De l'application du forceps, lorsque la tête occupe le fond du bassin, l'occiput répondant au sacrum et le front au pubis.

Dans cette position, outre les circonstances accidentelles qui peuvent survenir, la difficulté que la femme éprouve presque toujours à se délivrer seule, et le danger d'un trop long et trop pénible travail, suffiraient peut-être pour rendre le forceps plus souvent nécessaire qu'on ne pense.

Quant à l'application de cet instrument, elle est absolument la même que dans la position précédente. On en insinue les deux

branches sur les parties latérales du bassin, leur nouvelle courbure en dessus ou vers le visage de l'enfant, et non en dessous ou vers l'occiput, comme le conseillaient Levret et Smellie; on les enfonce à la hauteur de quatre à cinq pouces, et on en tient l'extrémité externe un peu moins élevée, pour mieux embrasser la tête dans le sens de sa longueur, ou de l'occiput au menton.

On saisit ensuite le forceps, et on extrait la tête de la même manière, en y mettant seulement un peu plus de lenteur, afin de surmonter les difficultés, qui sont en général plus grandes, et afin de ménager davantage la vulve et le périnée, qui sont exposés à une distension plus considérable.

Comme dans l'accouchement naturel, où le visage vient en dessus, l'occiput se renverse sur le périnée de la femme, il faut aussi lui imprimer ce mouvement avec le forceps. Il est donc bien essentiel d'empêcher que le visage ne s'échappe trop promptement de dessous le pubis, ou avant que l'occiput soit descendu assez bas. Mais dès que la nuque paraît à la vulve, il faut avoir soin d'abaisser peu à peu l'instrument vers le coccix, en soutenant la tête du bord radial d'une main, sur lequel on fait rouler l'occiput, comme une roue autour de son essieu.

Troisième position.

De l'application du forceps, lorsque la tête se présente diagonalement, l'occiput répondant au trou ovalaire gauche, et le front à l'échancrure droite.

Suivant le mécanisme de l'accouchement naturel, la tête, parvenue dans l'excavation du bassin, doit exécuter un mouvement de rotation, et prendre l'une des positions précédentes, à moins que l'aplatissement du sacrum ne la force de sortir diagonalement, ou comme elle s'était engagée au détroit supérieur.

Il suit de là que, lorsque cette situation diagonale retarde trop l'accouchement, malgré les efforts de la nature, il faut tâcher de la corriger, en faisant rouler la tête avec la main; et si l'on ne peut en venir à bout de cette manière, il faut avoir recours au forceps.

Mais on se gardera bien d'en placer les branches sur les parties latérales du bassin, comme certains accoucheurs le recommandent et le pratiquent eux-mêmes; car on n'embrasserait point alors les parties latérales de la tête, et on serait par conséquent en opposition avec les préceptes que nous avons déjà établis.

Dans cette position, la tempe droite de l'enfant répond au trou ovalaire droit de la mère, et la tempe gauche à l'échancrure ischiatique opposée. C'est donc vers ces deux points du bassin qu'il faut introduire les branches du forceps; et comme la nouvelle courbure, après la rotation de la tête, doit nécessairement regarder le pubis, il est clair que la branche à mortaise doit être placée en dessus et à droite, et l'autre en dessous et à gauche.

Pour plus de facilité, on insinue d'abord la première de la main droite, vers le trou ovalaire droit, à la hauteur de quatre pouces environ, en lui préparant la voie de quelques doigts de l'autre,

et en inclinant un peu moins son extrémité externe vers l'aine gauche que dans les positions précédentes. On abaisse ensuite cette même extrémité, à mesure que la cuiller pénètre sur la région pariétale, et on l'incline vers la cuisse gauche de la femme, pour la rendre parallèle à la direction diagonale de la tête.

On insinue ensuite la branche à pivot avec le même soin vers l'échancrure ischiatique gauche, en lui faisant croiser légèrement le devant du sacrum, et en la rapprochant peu à peu de la branche à mortaise, qu'un aide intelligent maintient dans la même situation.

Les deux branches étant assemblées, au moyen du pivot, et la tête plus ou moins serrée, on place la main gauche au-dessus de l'instrument contre le pubis de la femme, et la droite à son extrémité. On imprime alors à celle-ci un mouvement de rotation et de circonduction, pour lui faire décrire un arc dont la convexité répond à l'aine gauche, et pour faire rouler en même temps la tête dans le bassin. L'occiput est censé ramené à sa première position, par rapport au détroit inférieur, lorsque le pivot est directement en dessus et regarde la symphyse du pubis. Il ne s'agit donc plus que de terminer l'accouchement suivant la méthode que nous avons déjà décrite.

Il est quelquefois difficile, même impossible, de faire rouler la tête dans l'excavation, soit parce que l'occciput s'est un peu renversé sur le dos, soit parce que le sacrum ne présente point assez de courbure. Dans le premier cas, il faut essayer de redresser la tête avec la main ou le levier avant d'appliquer le forceps; dans le second, si l'on ne peut la ramener à la position occipito-pubienne, on lui fait franchir diagonalement le détroit inférieur, dont l'évasement est presque toujours en raison inverse de l'étroitesse de l'excavation. D'ailleurs, que d'enfans ne voit-on pas naître sans que la tête ait exécuté le mouvement de rotation! Dans une circonstance semblable, à peine eûmes-nous appliqué le forceps, que la femme, sans nous donner le temps de songer au mouvement de rotation, accoucha, dans un clin d'œil, de la tête et de l'instrument. Nous fûmes assez étonné d'un succès aussi inespéré; mais nous le fûmes beaucoup moins que deux accoucheurs qui tourmentaient la femme depuis cinq ou six heures, et qui, malgré plusieurs tentatives inutiles, s'obstinaient à vouloir placer les deux branches du forceps sur les parties latérales du bassin, quoique la tête fût dans une position oblique et presque transversale.

Quatrième position.

De l'application du forceps, lorsque la tête se présente diagonalement, l'occiput répondant au trou ovalaire droit, et le front à l'échancrure ischiatique gauche.

Cette position est semblable à la précédente; la région temporale gauche répond au trou ovalaire gauche, et la région temporale droite à l'échancrure ischiatique opposée du bassin. C'est donc vers

ces deux points qu'il faut diriger les branches du forceps pour saisir convenablement la tête.

On introduit d'abord la branche à pivot qu'on saisit de la main gauche, et à laquelle on prépare la voie de quelques doigts de la main droite. On la fait glisser sous le trou ovalaire gauche, et on l'abaisse insensiblement vers la cuisse droite de la femme, jusqu'à ce qu'elle soit parallèle à la direction diagonale de la tête. On insinue ensuite, avec la même précaution, la branche à mortaise vers l'échancrure ischiatique droite, et on la rapproche peu à peu de la première, qu'on a confiée à un aide intelligent.

Cette seconde branche doit passer entre celle qui est déjà placée et la cuisse droite de la femme; ce qui présente quelque difficulté. Pour l'éviter, on peut commencer par la branche à mortaise, ou se servir d'un autre forceps dont la branche à pivot serait à gauche.

Les deux branches réunies et assujéties, on saisit l'instrument de la main droite, placée en dessus vers le pubis de la femme, et de la gauche à son extrémité. On fait rouler la tête dans l'excavation; on ramène l'occiput sous le pubis, et on l'extrait comme à l'ordinaire.

REMARQUE.

Lorsque la tête se présente diagonalement au détroit inférieur, ce n'est pas toujours l'occiput qui répond à l'un des trous ovalaires; c'est aussi quelquefois le front qui est situé en devant; de là deux positions diagonales opposées aux deux précédentes. Mais, comme alors la situation de la tête est toujours la même, et que le rapport de ses dimensions avec celles du bassin n'éprouve aucun changement, il est évident que le forceps doit être appliqué suivant les mêmes principes. Il y aura seulement cette différence, que par le mouvement de rotation l'occiput sera ramené vers le milieu du sacrum, tandis que le front ou le visage se placera sous l'arcade du pubis. Il faudra donc achever d'extraire la tête, comme si on l'avait saisie avec le forceps le visage en dessus ou vers le pubis, et ne pas oublier de la fléchir en arrière lorsqu'elle franchira la vulve.

Il peut arriver aussi, ce qui est néanmoins très-rare, que la tête de l'enfant se présente en travers au détroit inférieur, et se dirige exactement d'une tubérosité ischiatique à l'autre. L'application du forceps, dans ce cas-là, est encore la même que dans les positions diagonales; à cela près, qu'au lieu d'en placer les branches sous les trous ovalaires et vers les échancrures ischiatiques opposées, il faudra en insinuer une sous le pubis, et l'autre au-devant du sacrum.

Ainsi donc l'occiput répond-il au côté gauche du bassin, on introduit d'abord la branche à mortaise sur l'oreille droite, qui est sous le pubis, et la branche à pivot sur l'oreille gauche, qui est dans la concavité du sacrum; on tourne la nouvelle courbure des cuillers à gauche, et à mesure qu'elles pénètrent, on en incline

l'extrémité externe vers la cuisse gauche de la femme; on fait entrer le pivot dans la mortaise; on assujétit l'instrument, et on fait exécuter à la tête le mouvement de rotation, pour en ramener l'occiput sous le pubis.

L'occiput, au contraire, répond-il au côté droit du bassin, la branche à pivot est introduite la première sous le pubis où est l'oreille gauche, et la branche à mortaise dans la concavité du sacrum où est l'oreille droite. On se conduit ensuite d'après les mêmes principes, pour assujétir l'instrument, pour faire rouler la tête, et pour l'extraire.

SECTION II.

De l'application du forceps, lorsque la tête est encore au détroit supérieur.

Ce fut un nommé *Pudecomb* qui, le premier, vers le milieu du dix-huitième siècle, eut la hardiesse d'aller chercher la tête avec le forceps, quoiqu'elle fût encore au détroit supérieur. Enhardi par cet exemple, Smellie résolut de l'imiter et de le réduire en pratique, non-seulement lorsque la tête est mobile, mais encore enclavée à l'entrée du bassin. Il paraît même que ce fut à cette époque et pour cet objet, qu'il allongea l'instrument, et le courba sur le bord: double modification qui permet de l'introduire jusque dans le grand bassin, et de lui donner une direction parallèle à l'axe du détroit abdominal, sans froisser les parties génitales de la mère, ni les parties charnues qui tapissent le bassin.

Le précepte de Smellie, malgré les contradictions de Saxtorph, de Plenck et d'Herbiniaux, n'en a pas moins été adopté par les accoucheurs modernes les plus distingués. Un de ces derniers, le docteur Flamant, croit même le forceps préférable à l'extraction de l'enfant par les pieds, n'importe la circonstance qui empêche de confier le travail à la nature; et le docteur Gardien ne serait pas éloigné de cette opinion, tant les avantages de cet instrument lui paraissent grands, en comparaison des dangers qui menacent l'enfant quand on le retourne dans la matrice pour l'en extraire avec la main.

Il faut néanmoins convenir, avec tous les praticiens les plus sensés, et avec Smellie lui-même, que certains inconvéniens du forceps, joints à la difficulté de saisir la tête au détroit supérieur, quelqu'habitude qu'on ait de manier cet instrument, sont bien capables d'inspirer de la méfiance à quiconque se propose d'en faire usage en pareil cas. Nous sommes presque tenté de douter qu'on ait jamais réussi, à moins que la tête n'eût commencé à s'engager. Il ne suffit pas ici qu'une hémorrhagie, des convulsions, ou tout autre accident, exigent, même avec urgence, la prompte terminaison de l'accouchement; il ne suffit pas de savoir qu'on peut extraire la tête avec le forceps; il faut encore être assuré que cet instrument sera moins dangereux et plus doux pour l'enfant que tout autre moyen.

Il suit de là que, dans le cas de bonne conformation du bassin,

l'extraction de l'enfant par les pieds est toujours préférable au forceps, quelle que soit la nécessité de terminer l'accouchement, à moins que la matrice, contractée sur le fœtus, n'en ait rendu la tête entièrement immobile, et n'empêche la main d'en pelotonner le tronc. Le forceps, au contraire, offre beaucoup plus d'avantages que la main, lorsque le détroit supérieur est un peu resserré, pourvu néanmoins que la tête, après la réduction dont elle est susceptible, puisse encore s'y engager, et traverser le bassin. Sans cette condition, l'instrument serait très-dangereux, même meurtrier; par exemple, on se flatterait en vain de sauver l'enfant, même de l'extraire avec le forceps, lorsque le détroit supérieur a moins de trois pouces du pubis au sacrum, en supposant que *la* tête ait trois pouces et demi, ou quelques lignes de moins, d'une bosse pariétale à l'autre.

Deleurie croyait que cet instrument ne pouvait réussir que très-rarement si l'enfant était mort, parce que la tête, dépourvue d'élasticité, n'offrait pas assez de prise ou de résistance. Mais, comme l'observe Baudelocque, il y aurait alors beaucoup moins d'inconvéniens à l'employer que lorsque l'enfant est vivant, à moins que quelque circonstance particulière n'autorisât à préférer le crochet, ou tout autre instrument de cette espèce. D'ailleurs, la tête, quoique l'enfant soit privé de la vie, n'est pas toujours molle et dépourvue de solidité, si déjà la putréfaction n'a commencé de faire des progrès. Quant à la tuméfaction du cuir chevelu, que Deleurie regardait encore comme un obstacle à l'introduction de l'instrument, elle n'est jamais assez volumineuse pour produire cet effet.

Passons maintenant aux procédés suivant lesquels on doit appliquer le forceps dans chacune des positions que la tête peut prendre au détroit supérieur.

Première position.

De l'application du forceps, lorsque la tête se présente diagonalement ou en travers au détroit supérieur, l'occiput répondant au côté gauche, et le front au côté droit.

Si l'on nous blâmait d'avoir commencé par les positions diagonales, nous répondrions, premièrement, que ces positions sont les plus naturelles, les plus fréquentes et les plus simples au détroit supérieur; secondement, qu'elles sont pour ainsi dire l'élément auquel il faut réduire les positions directes, qui sont les plus rares et les plus compliquées.

Dans ces positions, Smellie conseillait de placer l'une des branches sous le pubis, et l'autre devant le sacrum, sans déterminer laquelle des deux. Mais cette distinction peut-elle être omise, quand il s'agit du forceps à double courbure? Deleurie, au contraire, recommandait de placer les branches de cet instrument sur les côtés du bassin, et par conséquent sur l'occiput et le visage. Il tendait donc à augmenter l'épaisseur de la tête du pubis au sacrum, au lieu de la diminuer, et de l'affaisser transversalement, en la

serrant dans le sens de sa longueur; ce qui devait nécessairement entraîner des accidens d'autant plus dangereux, que la tête était plus volumineuse, le bassin plus resserré, et les efforts de l'accoucheur plus considérables.

La méthode adoptée de nos jours par les praticiens les plus distingués est bien plus conforme à la nature des obstacles qui empêchent l'accouchement, et aux vrais principes de l'art. Ils placent les branches du forceps sur les parties latérales de la tête: l'une sous le pubis et l'autre au-devant du sacrum; mais leur nouvelle courbure est toujours dirigée vers l'occiput, afin qu'elle puisse être ramenée sous l'arcade du pubis, aussitôt que la tête aura pénétré dans l'excavation du bassin.

Ainsi, dans la position dont il s'agit ici, la branche à mortaise est placée la première. On la saisit de la main droite, et on lui prépare la voie de quelques doigts de la main gauche, qu'on insinue sous le bord de la matrice vers la symphyse sacro-iliaque droite. On fait pénétrer la cuiller dans cette direction, jusqu'à ce qu'elle embrasse exactement le front. On commence alors de la ramener vers la tempe de l'enfant, qui répond au trou ovalaire droit ou à la symphyse du pubis, selon que la tête est oblique ou transversale; mais à mesure que les doigts placés dans le vagin poussent le bord convexe de l'instrument, l'autre main en abaisse insensiblement l'extrémité externe, jusqu'à ce qu'elle regarde le plancher.

Pour placer la branche à pivot, on la saisit de la main gauche, et on la dirige de quelques doigts de la droite. On la porte ensuite au-devant du sacrum, en élevant son extrémité qui sert de crochet, et en l'inclinant vers le pubis gauche; mais à mesure que la cuiller glisse sous la tête et le long du sacrum, on abaisse insensiblement l'extrémité externe jusqu'à ce que le pivot se joigne naturellement avec la mortaise.

Ces deux branches étant réunies, on les assujétit au moyen d'une jarretière ou d'une serviette roulée, pour serrer convenablement la tête. On saisit ensuite l'instrument des deux mains, dont la gauche est placée vers les parties génitales de la femme, et l'autre à l'extrémité qui sert de crochet. On tire parallèlement à l'axe du détroit supérieur, et on fait descendre la tête dans l'excavation du bassin, en inclinant le forceps vers la cuisse gauche de la femme; enfin on ramène l'occiput sous l'arcade du pubis, et on achève l'opération comme si la tête s'était présentée ainsi au détroit inférieur.

Si dans cette position le front, et non l'occiput, répondait à la cavité cotyloïde gauche, on appliquerait le forceps comme ci-dessus, la branche à mortaise sous le pubis, et la branche à pivot devant le sacrum; mais alors leur nouvelle courbure tournée à gauche, au lieu de regarder l'occiput, serait dirigée vers le visage de l'enfant, qu'il faudrait ramener sous l'arcade du pubis, quand la tête serait dans l'excavation du bassin.

Seconde position.

De l'application du forceps, lorsque la tête se présente diagonalement, ou en travers, l'occiput répondant au côté droit, et le front au côté gauche.

Comme, dans cette position, le rapport et les dimensions de la tête sont les mêmes que dans la précédente, la méthode d'appliquer le forceps doit être fondée sur les mêmes principes; on commence par la branche à pivot qu'on saisit de la main gauche, et à laquelle on prépare la voie de quelques doigts de la droite, insinués sous le bord de la matrice, vers la symphyse sacro-iliaque gauche. On fait avancer la cuiller dans cette direction, jusqu'à ce qu'elle embrasse le front; d'où on la ramène insensiblement vers la tempe qui répond au trou ovalaire gauche ou à la symphyse du pubis. Mais pendant que les doigts placés dans le vagin poussent son bord convexe, de l'autre main on abaisse insensiblement l'extrémité qui est en dehors, jusqu'à ce qu'elle regarde directement le plancher ou l'horizon.

Pour placer la branche à mortaise, on la saisit de la main droite, et on la dirige des doigts de l'autre qu'on insinue dans le vagin. On l'introduit au-dessous de la tête, suivant la face antérieure du sacrum. A mesure que la cuiller pénètre, l'extrémité opposée, qu'on tenait d'abord très-élevée et inclinée vers l'aine droite de la femme, est abaissée insensiblement, jusqu'à ce que la mortaise reçoive facilement le pivot.

Dès que les deux branches sont assemblées et assujéties au moyen d'une jarretière ou d'une serviette roulée, on saisit l'instrument des deux mains, de la gauche à son extrémité, et de la droite le plus près possible de la vulve, de sorte que l'index, plongé dans le vagin entre les deux cuillers, touche le vertex. On tire d'abord parallèlement à l'axe du détroit supérieur, en abaissant l'extrémité externe de l'instrument, qu'on relève ensuite aussitôt que la tête a franchi le détroit ci-dessus; enfin, lorsque celle-ci occupe entièrement le fond du vagin, on lui fait exécuter le mouvement de rotation, on ramène l'occiput vers le pubis, et on achève de l'extraire comme dans les positions précédentes.

Si le front répondait à la cavité cotyloïde droite, on appliquerait le forceps de la même manière. La branche à pivot serait toujours sous le pubis, et la branche à mortaise devant le sacrum. Mais ici la nouvelle courbure regarderait le visage, parce qu'il faudrait le ramener vers le pubis, lorsque la tête aurait franchi le détroit supérieur.

Troisième et quatrième positions.

De l'application du forceps, lorsque la tête est située directement au détroit supérieur, l'occiput répondant au pubis, et le front à la saillie sacro-vertébrale, ou réciproquement.

Cette position est très-rare au commencement du travail, puisque dans l'accouchement naturel la tête suit presque toujours une direction diagonale, lorsqu'elle s'engage au détroit supérieur.

Pour appliquer le forceps, quand on le préfère à tout autre moyen, on en insinue les branches sur les côtés de la tête et du bassin, à la hauteur de sept à huit pouces, c'est-à-dire jusqu'à ce que le lieu de leur jonction soit près de la vulve.

On commence par la branche à pivot; on la saisit de la main gauche, et on lui prépare la voie de la main droite, qu'on introduit tout entière dans le vagin, excepté le pouce, et dont on place quelques doigts sous le bord gauche de la matrice vers la symphyse sacro-iliaque correspondante. Lorsque la cuiller a pénétré suivant cette direction, on la ramène exactement sur le côté de la tête, et à mesure qu'elle glisse sur le front et sur la bosse pariétale, on abaisse insensiblement l'extrémité qui est au dehors, jusqu'à ce qu'elle soit parallèle à l'axe du détroit supérieur et vis-à-vis la symphyse du pubis.

Pendant que cette branche est confiée à un aide intelligent, on place l'autre avec les mêmes précautions sur le côté opposé de la tête; pour cela, on la saisit de la main droite, et on la dirige de la gauche sous le col de la matrice, vers la symphyse sacro-iliaque droite. On la ramène ensuite sur la tempe, et à mesure que la cuiller avance, on abaisse l'extrémité externe, jusqu'à ce que la mortaise reçoive le pivot avec facilité.

Les deux branches ainsi réunies et assujéties, on saisit l'instrument de la main droite à son extrémité, et de la gauche, près de la vulve, on fait rouler la tête sur le détroit supérieur, et on ramène l'occiput vers la cavité cotyloïde gauche, en ayant soin de baisser l'extrémité du forceps, et de la porter vers la cuisse gauche de la femme.

Après cette réduction, on tire parallèlement à l'axe du détroit supérieur pour faire descendre la tête dans l'excavation, et on termine l'accouchement comme à l'ordinaire.

La position où l'occiput est appuyé sur l'angle sacro-vertébral, et le front vers la symphyse du pubis, est non-seulement plus rare, mais encore plus défavorable que la précédente; car le visage est alors en dessus, ce qui doit nécessairement entraîner des difficultés. Pour les prévenir, Smellie recommandait de conduire le visage vers le sacrum, soit avant, soit après le passage de la tête à travers le détroit supérieur. Mais, en suivant un tel précepte, ne tomberait-on pas dans un mal pire que celui qu'on voudrait éviter, puisqu'on tordrait le cou du fœtus de devant en arrière? Il ne serait pas moins absurde de tourner la nouvelle courbure du forceps vers le sacrum, comme quelques praticiens le conseillent; les inconvéniens de ce procédé sautent encore aux yeux.

La meilleure méthode est donc d'appliquer le forceps, comme dans le cas précédent, sur les parties latérales de la tête et du bassin. On détourne d'abord le front de la symphyse du pubis, et on le dirige vers la cavité cotyloïde gauche; ensuite on fait descendre la tête dans l'excavation, on ramène le visage sous l'arcade du pubis, et on achève l'accouchement comme si cette position s'était présentée naturellement au détroit supérieur.

SECTION III.

De l'application du forceps, dans le cas d'enclavement de la tête au détroit supérieur.

La pratique et l'expérience nous portent à croire aujourd'hui que l'enclavement de la tête n'est qu'un obstacle chimérique. Nous ne l'avons jamais rencontré sur un grand nombre de femmes que nous avons délivrées, et les auteurs ne rapportent aucune observation capable d'en constater l'existence. Si nous en parlons donc encore, ce n'est que pour faire sentir le vague et le peu d'accord qui règnent sur cette question dans les divers traités d'accouchemens, même les plus modernes et les plus renommés.

Lorsque la tête vient à s'enclaver au détroit supérieur, elle s'y arc-boute, dit-on, et s'y fixe de telle manière, qu'elle ne peut ni avancer par les seules forces de la nature, ni rouler sur son axe. Mais l'enclavement suppose-t-il l'impossibilité de refouler la tête avec la main, comme l'ont prétendu Delamotte, Deventer, Levret et Deleurie? ou bien cette condition est-elle absolument inutile, comme le pensent Smellie et Baudelocque? Cette dernière opinion paraît d'autant plus vraie, que la tête qui s'enclave prend la forme d'un coin, dont la base reste au-dessus des points qui l'empêchent d'avancer. A la vérité, Baudelocque rapporte qu'un accoucheur, après avoir pratiqué l'opération césarienne dans le cas d'enclavement, n'aurait pu venir à bout de dégager la tête si un homme robuste et vigoureux ne fût monté sur le lit de la femme, et n'eût tiré de toutes ses forces sur le tronc de l'enfant, pendant qu'il refoulait lui-même l'occiput avec une main introduite dans le vagin. Mais un fait aussi extraordinaire ne porte-t-il pas avec soi un caractère d'invraisemblance qui saute aux yeux de tout homme impartial et sévère appréciateur du vrai? Conçoit-on qu'une tête de fœtus, quoique fortement enclavée, puisse contrebalancer, même surpasser les efforts d'un homme robuste, et qui emploie toutes ses forces pour l'ébranler? En outre, tout le monde sait qu'on ne peut exercer des tractions immodérées sur le corps du fœtus sans risquer d'en produire la détroncation; comment donc a-t-on pu éviter un pareil accident dans le cas dont il s'agit ici? Il fallait sans doute que l'articulation du cou avec la tête fût plus solide qu'à l'ordinaire, puisqu'elle a supporté de si vigoureux efforts sans se rompre. De bonne foi, convenons qu'un tel exemple paraît trop merveilleux pour n'être pas mis au nombre de tant d'autres que des accoucheurs peu véridiques se plaisent à raconter. On observera peut-être avec le docteur Gardien, que le détroit supérieur agit comme une ligature sur la tête qui s'enclave, ou bien comme une bague très-étroite dans laquelle on passe le doigt, et de laquelle on ne peut plus le retirer, quand il se gonfle et forme un bourrelet de chaque côté. Mais cette comparaison n'est-elle pas plus spécieuse que solide? D'abord, la partie de la tête qui a traversé le détroit supérieur est loin de se tuméfier, comme on pourrait le croire. Les bassins qui favorisent l'enclavement sont res-

serrés, non-seulement au détroit inférieur, mais encore dans l'excavation, où le sacrum n'offre alors que peu ou point de courbure. Le docteur Gardien convient lui-même qu'on doit peu craindre l'enclavement, si le détroit supérieur est seul rétréci, et que l'excavation ait sa largeur ordinaire. Rien n'empêche donc de comparer la tête qui s'enclave à la pierre qui forme la clef d'une voûte, et de croire qu'on peut toujours la refouler avec la main. D'ailleurs, si la portion qui a franchi le détroit supérieur venait à se gonfler, ce ne pourrait être qu'aux dépens du cuir chevelu qui l'entoure, et dont la résistance n'est jamais la même que celle des os du crâne. Enfin, une tuméfaction considérable de la tête supposerait nécessairement qu'elle serait enclavée depuis long-temps, sans que l'enfant eût perdu la vie, ce qui paraît contradictoire ou impliquer dans les termes.

Quoi qu'il en soit, on distingue deux genres d'enclavement, selon que la tête est fixée par l'occiput et le front, ou par les deux bosses pariétales, entre le pubis et le sacrum. Le premier genre, où la tête s'enclave selon sa longueur, ne peut jamais avoir lieu, à moins que le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur n'ait moins de quatre pouces; et le second genre, où la tête s'engage selon son épaisseur, suppose que ce diamètre a moins de trois pouces et demi. Il suit de là que la tête ne peut s'enclaver selon sa longueur qu'autant qu'elle présente le sommet au détroit supérieur. Car, si elle présentait le visage ou les tempes, son diamètre occipito-mentonnier, qui est le plus long, tendrait à passer entre le pubis et le sacrum, tandis que ce serait son diamètre vertical, si elle présentait l'occiput. Dans le premier cas, la tête serait arrêtée avant de s'engager; dans le second, elle traverserait le bassin sans de grandes difficultés, à moins qu'il ne fût trop étroit. Il n'en est pas de même de l'enclavement latéral ou pariétal. Il peut survenir non-seulement quand la tête présente le vertex, mais encore l'occiput et le visage; car, dans tous ces cas, la largeur de la tête, qui est constamment la même, tend toujours à passer entre le pubis et l'angle sacro-vertébral.

Les causes de l'enclavement sont ou prédisposantes ou occasionelles. Les premières tiennent à l'étroitesse du bassin, et les secondes, aux contractions énergiques et soutenues de la matrice. D'où il résulte que l'enclavement est incompatible avec l'étroitesse ou la largeur excessive du bassin, de même qu'avec la faiblesse ou l'épuisement de la femme.

Il n'y a qu'un signe caractéristique de l'enclavement; c'est l'immobilité de la tête, dont nous avons déjà précisé le sens; tous les autres sont équivoques. On se gardera donc bien de prononcer que la tête est enclavée, ou seulement qu'elle est menacée de cet accident, d'après le gonflement du cuir chevelu, le bourrelet du col utérin et l'engorgement du vagin et de la vulve. Il est vrai que ces phénomènes précèdent toujours l'enclavement, ou que cet accident ne peut jamais exister sans eux; mais cela ne suffit pas pour les mettre au nombre des signes qui le caractérisent; il fau-

drait, outre cela, qu'ils ne pussent jamais exister eux-mêmes sans l'enclavement. Or, combien de fois n'a-t-on pas observé le cuir chevelu tuméfié, le col de la matrice tendu, le vagin et la vulve engorgés, même dans les accouchemens qui se terminaient par les seules forces de la nature ! Ces phénomènes ne sont donc pas inséparables de l'enclavement; ils peuvent dépendre de plusieurs autres causes, telles que le temps plus ou moins long que la tête met à traverser la filière du bassin, la compression exercée sur le cuir chevelu de l'enfant, soit par le rebord de ce canal, soit par la rigidité du col de l'utérus : deux circonstances que les praticiens qui ont du tact et de l'expérience savent fort bien distinguer. En effet, lorsque le détroit supérieur comprime la tête, il forme une espèce de ligature qui borne l'étendue de la tumeur, en y comprenant la portion du col qui est au-dessous, et qui est plus ou moins douloureuse. Si c'est, au contraire, la roideur ou la dureté du col qui cause le gonflement, il ne s'étend pas au-delà du bourrelet que forme l'orifice.

Puisqu'il faut toujours attendre que la tête soit immobile pour prononcer sur l'existence de l'enclavement, il n'y a donc pas de signe d'après lequel on puisse le soupçonner ou le prévoir; par conséquent, il est impossible de le prévenir, et on est réduit à le combattre ou à le traiter directement, lorsqu'on est parvenu à le reconnaître, afin de détourner les dangers qui menacent la mère et l'enfant. Car, si la tête reste trop long-temps enclavée, les os du crâne se dépriment et se fracturent, le cerveau s'engorge, l'apoplexie survient, et la mort est inévitable; d'un autre côté, les parties molles qui tapissent le bassin ne peuvent long-temps supporter cette espèce de compression sans en être froissées et contuses. Le col de la vessie, le canal de l'urètre, le rectum, l'orifice de l'utérus et les parois du vagin, s'irritent, s'enflamment, suppurent ou tombent en gangrène; de là des escarres, des fistules stercorales et urinaires qui laissent passer les excrémens dans le vagin, et en font un cloaque si infect et si incommode pour la femme, que le poids de la vie lui devient insupportable.

On doit donc toujours se hâter d'extraire une tête, dès qu'on en a constaté l'enclavement; mais il faut y procéder de différentes manières, suivant les circonstances. Ou l'enfant est mort, ou il donne encore des signes de vie. Dans le premier cas, on perce d'abord le crâne, et on en fait l'extraction avec le crochet; ce procédé fait cesser les points de contact entre la tête et le bassin; il mérite donc la préférence sur le forceps, qui les augmente, ou du moins les laisse subsister.

Il n'en est pas de même lorsque l'enfant est encore vivant. Les crochets, qui sont toujours meurtriers, doivent être proscrits dans ce cas-là, et céder la place au forceps, dont le principal et le plus fréquent avantage est de sauver les deux individus. On n'imitera donc pas Mauriceau et Delamotte, dont l'un sacrifiait impitoyablement l'enfant, et l'autre avait la barbare patience d'en attendre la mort pour sauver la mère. Une telle conduite ne saurait trouver

d'excuse que dans des siècles d'ignorance; elle serait justement condamnée de nos jours, parce que tous les praticiens savent que l'art, grâce au génie des Levret et des Smellie, a totalement changé de face, et que le forceps est exclusivement indiqué, quel que soit le genre d'enclavement que la tête présente, quand l'enfant est encore vivant.

PREMIER GENRE.

De l'application du forceps, lorsque la tête s'est enclavée, selon sa longueur, entre le pubis et le sacrum.

Dans ce genre d'enclavement, que l'occiput ou le front réponde au pubis, la manière d'opérer n'en est pas moins toujours la même; car les points de contact sont toujours en avant et en arrière, tandis que les parties latérales de la tête sont libres et correspondent aux côtés du bassin. On voit donc par où il faut introduire les branches du forceps pour saisir convenablement la tête; mais comme il serait difficile, dangereux, même impossible de l'entraîner dans cette direction, à cause des frottemens que son diamètre longitudinal ou occipito-frontal éprouverait en traversant de front le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur, il faut d'abord la réduire avec le forceps à sa situation diagonale, et l'extraire ensuite comme si elle était libre à l'entrée du bassin.

Ainsi, on placera les branches de l'instrument sur les parties latérales de la tête et du bassin; mais on les enfoncera d'environ un pouce et demi de moins, et on en tiendra l'extrémité un peu moins en arrière et en bas que dans la section précédente. Ensuite on tâchera de désenclaver la tête, non en la repoussant directement, mais en l'ébranlant ou en l'agitant peu à peu de droite et de gauche, comme si l'on voulait arracher un clou avec une tenaille.

La tête devenue libre à l'entrée du bassin, on détourne l'occiput ou le front de dessus la symphyse du pubis, et on le dirige vers la cavité cotyloïde ou le côté gauche. Ensuite on la fait descendre dans l'excavation du bassin, on ramène l'occiput ou le front sous l'arcade du pubis, et on termine l'accouchement à l'ordinaire.

DEUXIÈME GENRE.

De l'application du forceps, quand la tête s'est enclavée, selon son épaisseur, entre le pubis et le sacrum.

Il est fort rare que la tête s'enclave selon son épaisseur, à moins qu'elle ne soit plus volumineuse qu'à l'ordinaire, ou que le détroit supérieur ne soit trop resserré du pubis au sacrum. Il est plus rare encore, même hors de toute vraisemblance, que dans ce genre d'enclavement la tête ne puisse être repoussée avec la main au-dessus du détroit supérieur.

Il serait donc très-imprudent, pour ne pas dire entièrement contraire aux principes de l'art, lorsque la tête s'est enclavée selon son épaisseur, d'en entreprendre l'extraction, en appliquant les

branches du forceps sur l'occiput et le visage, comme l'ont recommandé presque tous les accoucheurs; ou bien de couper la symphyse du pubis, pour faire cesser le contact de la tête avec le bassin, suivant le conseil du docteur Gardien. Car, outre que la possibilité de refouler la tête avec la main rend ces deux procédés inutiles, le premier compromettrait évidemment le salut de l'enfant, et le second ne serait pas sans danger pour la mère.

Il est bien plus rationnel de refouler d'abord la tête au-dessus du détroit supérieur, puisque cela est toujours possible d'après la nature même de l'enclavement, et d'appliquer ensuite les branches du forceps sur les parties latérales de la tête, comme si elle était encore libre à l'entrée du bassin. Ainsi appliqué, cet instrument offre deux avantages : le premier, d'ajouter fort peu de chose à l'épaisseur de la tête ; le second, de la réduire assez pour l'empêcher de s'enclaver de nouveau, et pour la faire descendre dans l'excavation.

En conséquence, on commencera par la branche à mortaise, si l'occiput répond à gauche, et par la branche à pivot, s'il répond à droite, comme dans les cas où la tête est encore libre à l'entrée du bassin. Après l'avoir saisie convenablement, on la fera descendre dans l'excavation ; puis on fera rouler l'occiput sous le pubis, et on achevera le reste à l'ordinaire.

Il n'en serait pas de même, si l'on appliquait les branches du forceps sur l'occiput et le visage ; car alors on comprimerait la tête dans sa longueur, et on en augmenteraient nécessairement l'épaisseur ; donc les bosses pariétales seraient dans un contact plus immédiat avec le pubis et le sacrum, et l'enclavement, au lieu de céder, n'en offrirait que plus de résistance. Joint à cela que, lorsque la tête serait dans l'excavation du bassin, il faudrait déplacer les branches du forceps pour les replacer plus méthodiquement ; ce qui entraînerait encore des difficultés, et peut-être des accidens.

SECTION IV.

De l'application du forceps, lorsque le tronc est déjà sorti.

Dans les accouchemens contre nature, lorsque, après le pelotonnement de l'enfant, on a déjà entraîné le tronc au dehors, le forceps devient absolument inutile, toutes les fois que le bassin jouit d'une bonne conformation, et que les voies génitales ont une souplesse convenable. Quels que soient alors les accidens qui surviennent, et qui exigent la prompte délivrance de la femme, une main habile et exercée doit toujours suffire pour extraire la tête et pour empêcher l'enfant de périr. Seule, et sans le secours des instrumens, elle doit prévenir la compression du cordon ombilical dans le bassin, et le resserrement de l'orifice utérin ou de la vulve sur les vaisseaux jugulaires.

Il n'en serait pas de même, si la plus légère étroitesse du bassin empêchait la tête de se dégager librement. Le forceps serait alor d'une indispensable nécessité, tandis que la main serait insuffisante

et peut-être nuisible, quelle qu'en fût la dextérité. Celle-ci ne pourrait point extraire la tête, ou n'en viendrait à bout qu'en exerçant des efforts plus ou moins considérables sur le tronc, et en distendant la colonne vertébrale : manœuvres qui exposeraient nécessairement l'enfant à perdre la vie, parce qu'on risquerait de luxer les vertèbres cervicales et la tête, ou de tirailler et de comprimer le prolongement rachidien.

Ce fut afin d'éviter de tels désordres que Smellie se servit le premier du forceps avec le plus grand succès, pour extraire la tête après la sortie du tronc; il a été imité par Deleurie, Baudelocque et nombre d'autres accoucheurs. Nous avons eu occasion d'employer aussi cet instrument dans de semblables circonstances; et il faut convenir qu'il offre alors une ressource unique, soit pour sauver l'enfant, lorsqu'il est encore en vie, soit pour en éviter la détroncation, lorsqu'il est déjà mort.

La tête, après la sortie du tronc, peut s'arrêter non-seulement au détroit supérieur, mais encore au détroit inférieur. Dans l'un et l'autre cas, elle peut être située directement, ou selon sa longueur, entre le pubis et le sacrum, ou bien diagonalement entre l'une des cavités cotyloïdes et la symphyse sacro-iliaque opposée : de là, quatre différentes positions, qui sont toujours d'autant plus favorables, que la tête est plus près de la vulve.

Première position.

De l'application du forceps pour extraire la tête après la sortie du tronc, l'occiput répondant au pubis, et le visage au sacrum.

Ou la tête s'est arrêtée au détroit inférieur, ou elle est encore à l'entrée du bassin. Dans le premier cas, on relève le tronc et les bras de l'enfant vers le ventre de la femme, et pendant qu'un aide les soutient convenablement, on insinue les branches du forceps en dessous, sur les côtés du bassin et de la tête, avec les mêmes soins, de la même manière et à la même hauteur que dans la première position du sommet. On tire ensuite de la main droite sur l'extrémité de l'instrument, qu'on relève peu à peu vers le pubis, jusqu'à ce que le front se soit dégagé de la vulve; on soutient en même temps le périnée de l'autre main, pour en prévenir la déchirure.

Lorsque la tête est retenue au détroit supérieur, on insinue les branches du forceps par-dessous le tronc, qu'un aide est chargé de soutenir; on les porte à une hauteur convenable, et on en baisse l'extrémité, comme si le sommet se présentait le premier. On donne ensuite à la tête une situation diagonale, en dirigeant l'occiput vers la cavité cotyloïde gauche; si elle est trop serrée ou enclavée, on l'ébranle, et on la fait remonter de quelques lignes avant d'en changer la position. On baisse en même temps un peu plus le bout de l'instrument, et on le rapproche de la cuisse gauche de la femme. On entraîne alors la tête dans l'excavation du bassin, en tirant sur le forceps parallèlement à l'axe du détroit supérieur. Dès qu'elle y est parvenue, on lui fait exécuter le mouvement de

rotation, pour ramener l'occiput sous la symphyse du pubis, et on termine l'accouchement comme dans le cas précédent.

Dans cette position, ainsi que dans la suivante, l'aide qui soutient le tronc ne doit pas manquer de lui faire suivre tous les mouvemens que l'accoucheur imprime à la tête. Il dirigera donc le dos de l'enfant vers l'aine gauche de la femme, pendant qu'on tournera l'occiput vers la cavité cotyloïde gauche du bassin, et il le ramenera ensuite vers le pubis, pendant qu'on fera rouler la tête dans l'excavation.

Seconde position.

De l'application du forceps pour extraire la tête après le tronc, l'occiput répondant au sacrum, et le front au pubis.

Dans cette position, si la tête n'est retenue qu'au détroit inférieur, on porte le tronc du fœtus en arrière, où un aide le soutient après l'avoir entouré du linge qui enveloppe les bras. On introduit ensuite les branches du forceps au-dessus et au-devant du tronc, sur les parties latérales de la tête et du bassin. On tient l'instrument de la main droite seulement, qu'on place à son extrémité, et on applique la main gauche contre le périnée de la femme pour extraire la tête. On tire d'abord sur les branches du forceps parallèlement à l'axe du détroit inférieur; mais aussitôt que la nuque paraît à la vulve, au lieu de la laisser rouler sur la commissure postérieure, on la soutient du bord radial de la main placée contre le périnée, lequel devient le centre du mouvement que la tête exécute en se dégageant.

Il s'en faut bien que l'application du forceps soit aussi facile lorsque la tête est encore à l'entrée du bassin. Dans ce cas-là, Baudelocque conseille d'introduire les branches de cet instrument au-dessus ou au-dessous du tronc, suivant les circonstances. Le docteur Gardien, au contraire, propose de les insinuer toujours au-dessous, parce qu'il lui paraît plus facile alors d'en abaisser convenablement l'extrémité. Nous croyons que dans cette conjoncture, heureusement aussi rare que difficile, on doit faire comme on peut. On tâche surtout de ménager l'enfant et la mère; on saisit la tête, on l'ébranle, et on la refoule un peu, si elle est enclavée; on dirige le visage vers la cavité cotyloïde gauche, en abaissant l'extrémité de l'instrument, et en l'inclinant vers la cuisse du même côté. On tire ensuite parallèlement à l'axe du détroit supérieur, et on entraîne la tête dans l'excavation du bassin; on lui fait exécuter aussitôt le mouvement de rotation, et on ramène le visage sous le pubis, en relevant l'extrémité du forceps; enfin on continue de tirer sur la tête, comme si elle n'avait été retenue qu'au détroit inférieur.

Troisième position.

De l'application du forceps pour extraire la tête après le tronc, l'occiput répondant à la cavité cotyloïde gauche, et le front à la symphyse sacro-iliaque droite.

Quand la tête s'arrête dans cette direction au détroit inférieur on entoure du même linge le tronc et les bras de l'enfant, et on

les incline vers la cuisse gauche de la femme, où un aide est chargé de les soutenir. On applique ensuite le forceps, comme si le sommet se présentait dans la même position. La branche à mortaise est introduite la première vers le côté droit du bassin, et dirigée, au moyen de quelques doigts de la main gauche, jusqu'au-delà du menton, et un peu sur la joue gauche de l'enfant. On continue de la plonger, dans la même direction, à la hauteur du front, d'où les doigts qui lui ont servi de guide, appliqués sur son bord convexe, la font passer sous le milieu du visage, et sur la tempe gauche, pour la placer sous le pubis. La main droite en baisse en même temps, mais d'une manière insensible, l'extrémité externe, et la rapproche de la cuisse gauche, afin que la cuiller embrasse convenablement la longueur de la tête. Suivant ce procédé, on n'a point à craindre d'être arrêté par la mâchoire inférieure, par la bouche, ni par le nez de l'enfant.

Pendant que l'aide, chargé de soutenir le tronc, empêche cette branche de se déplacer, on insinue l'autre au devant du sacrum, et à la même hauteur. Ensuite, après les avoir réunies et assujéties, on fait rouler la tête dans l'excavation pour ramener l'occiput sous le pubis; et on termine l'opération à l'ordinaire.

Si la tête était retenue à l'entrée du bassin, on introduirait les branches de l'instrument de la même manière, mais à une plus grande hauteur. On tirerait ensuite parallèlement à l'axe du détroit supérieur, et lorsque la tête serait parvenue dans l'excavation du bassin, on en ramenerait l'occiput sous le pubis, pour achever de l'extraire comme si elle se présentait dans cette position.

Quatrième position.

De l'application du forceps pour extraire la tête après le tronc, l'occiput répondant à la cavité cotyloïde droite, et le front à la symphyse sacro-iliaque gauche.

Cette position ne diffère pas essentiellement de la précédente, si l'on n'a égard qu'au rapport des dimensions de la tête avec celles du bassin. On se conduira donc de la même manière pour l'application du forceps. Mais on commencera par la branche à pivot, qu'on conduira sous le pubis, tandis que l'autre sera insinuée au-devant du sacrum, de sorte que leur nouvelle courbure soit dirigée vers l'occiput.

On fera ensuite rouler la tête pour ramener l'occiput sous le pubis, ou bien on la fera descendre préalablement dans l'excavation, selon qu'elle ne sera retenue qu'au détroit inférieur, ou qu'il faudra la saisir à l'entrée du bassin.

REMARQUE.

Il peut arriver, ce qui est néanmoins assez rare, qu'après la sortie du tronc, la tête, dans ses positions diagonales ou transversales, présente le front en avant et l'occiput en arrière. Dans ce cas-là, on essaie avec le plus grand ménagement de détourner le visage vers le sacrum. Mais, pour peu qu'on éprouve de difficulté,

on renoncera à cette tentative, et on aura recours au forceps, dont on introduira les branches de manière que leur nouvelle courbure regarde le front. On fera ensuite rouler la tête pour ramener le visage sous le pubis, ou bien on l'entraînera préalablement dans l'excavation, selon qu'on la saisira au détroit inférieur ou à l'entrée du bassin; enfin, on en achevera l'extraction comme dans la seconde position directe où le front répond au pubis.

DEUXIÈME SÉRIE.

Des instrumens tranchans qu'on emploie pour terminer les accouchemens non naturels.

Il peut arriver, ce qui heureusement n'est point ordinaire, que le forceps et les autres instrumens mousses soient insuffisans pour terminer l'accouchement non naturel, et qu'on soit obligé de s'armer d'instrumens tranchans pour suppléer à leur défaut. Tantôt c'est un fœtus monstrueux et d'un volume excessif qu'il faut mutiler ou démembrer pour en faire l'extraction; tantôt, au contraire, ce sont des opérations plus ou moins graves et plus ou moins douloureuses qu'il s'agit de pratiquer sur le corps de la femme, pour la soustraire à une mort imminente. Dans le premier cas, l'accoucheur ne peut porter l'instrument tranchant sur le corps de l'enfant que lorsqu'il est privé de la vie ou atteint d'une maladie mortelle qui ôte l'espoir de le sauver. Sans cette condition, l'embryotomie ne serait-elle pas un véritable homicide? Dans le second cas, il n'y a jamais qu'un enfant vivant qui puisse servir de prétexte à l'emploi des instrumens tranchans sur la mère; car un cadavre serait incapable de la dédommager des souffrances qu'elle endurerait, et du sacrifice qu'elle ferait de sa vie, en se soumettant à certaines opérations dont l'appareil seul est épouvantable. La première question qui se présente ici est donc d'examiner les signes auxquels on peut reconnaître la vie ou la mort de l'enfant dans la cavité de la matrice.

QUESTION PRÉLIMINAIRE.

A quels signes peut-on reconnaître la vie ou la mort de l'enfant dans la cavité de la matrice?

Rien de plus important que de constater la vie ou la mort d'un enfant, lorsqu'il s'agit de pratiquer des opérations dangereuses sur son corps ou sur celui de la mère pour terminer l'accouchement. Que de reproches n'aurait-on pas à se faire si l'on avait le malheur de commettre quelque funeste méprise à cet égard?

Mais il n'y a peut-être pas de question plus difficile à résoudre que celle-ci. A peine peut-on prononcer sur l'état d'un enfant qu'on a sous les yeux et entre les mains lorsqu'il est venu au monde frappé d'apoplexie, de syncope ou d'asphyxie; quel embarras ne doit-on donc pas éprouver lorsqu'il s'agit de reconnaître

la vie ou la mort de celui qui est encore renfermé dans la matrice, et dont on ne peut toucher qu'une très-petite surface? D'ailleurs, des apparences trompeuses, quoique assez bien fondées, n'en ont que trop souvent imposé à des accoucheurs même distingués, et les ont déterminés à porter des instrumens meurtriers sur des enfans qui n'étaient point encore morts. On a vu de ces malheureuses victimes palpiter encore sous le crochet qui les avait arrachés du sein de leur mère, et se plaindre, mais trop tard, d'avoir été si imprudemment sacrifiés.

On ne saurait donc, avant de recourir aux instrumens tranchans, apporter trop de circonspection, ni même trop de sévérité dans l'examen des signes qui peuvent indiquer la vie ou la mort de l'enfant; car ne serait-on pas également coupable de lui ôter la vie pour sauver la mère, et de sacrifier ou d'exposer seulement celle-ci pour n'extraire de son corps qu'un cadavre? Dans l'un et l'autre cas la conduite de l'accoucheur serait horrible et atroce, puisqu'elle outragerait la nature. Mais c'en est assez pour faire entrevoir l'importance et la difficulté de cette discussion; essayons maintenant d'y mettre le plus d'ordre et de clarté qu'il nous sera possible.

Les signes d'après lesquels on juge pour l'ordinaire que l'enfant jouit encore de la vie sont loin d'être tous décisifs. La plupart sont, au contraire, fort équivoques, ou ne donnent que des présomptions. Tels sont, pendant la grossesse, la bonne santé de la femme, l'accroissement progressif de son ventre, les mouvemens qu'elle éprouve après le quatrième mois, ou que l'accoucheur croit distinguer en appliquant une main sur la région qui en est le siége. Combien n'a-t-on pas vu de femmes mettre au monde des enfans qui se portaient très-bien, quoiqu'elles fussent elles-mêmes valétudinaires et d'une santé délicate ou chancelante? L'observation atteste aussi que dans les affections hystériques, il se passe dans l'abdomen des mouvemens qui ressemblent à ceux d'un enfant, et trompent souvent l'accoucheur le plus habile; tandis que dans d'autres circonstances, la véritable grossesse parcourt ses périodes et arrive à terme sans que la femme ait rien senti remuer dans son corps. Enfin, quelques mères s'en sont tellement laissé imposer, qu'elles ont eu le désespoir d'accoucher d'enfans morts et putréfiés, le jour ou l'instant même après qu'elles avaient cru en distinguer le mouvement actif.

On ne peut guère plus compter sur la plupart des signes qui se manifestent pendant le travail, et auxquels on accorde néanmoins quelque degré de confiance. Ainsi, l'expérience a prouvé qu'on avait tort de croire à la vie de l'enfant, d'après la régularité des douleurs et la limpidité des eaux de l'amnios. Il n'y a peut-être pas de signes qui soient plus inconstans ni plus capables d'induire en erreur.

Que penser encore du battement du cœur et des artères ombilicales, des mouvemens de la mâchoire et de la langue; enfin, des pulsations de la fontanelle antérieure, que certains praticiens

recommandent d'examiner avec soin? Il faut convenir que ce sont là des signes qui caractérisent la vie de l'enfant. Mais est-il toujours facile de porter la main sur la région précordiale, de toucher le cordon ombilical, ou d'introduire le doigt dans la bouche du fœtus? Quant à la fontanelle antérieure, le physiologiste sait aujourd'hui qu'elle ne jouit d'aucun mouvement avant la naissance. Il est donc vraisemblable qu'on aura attribué aux artères de cet espace membraneux les pulsations des artères du doigt explorateur.

Concluons que de tous les signes auxquels on conseille de faire attention, pour constater la vie de l'enfant, nul n'est moins équivoque ou plus décisif que celui qu'on déduit de la partie qui s'engage. La peau dont elle est recouverte, pressée contre l'ouverture plus ou moins étroite du bassin, s'empâte et s'engorge nécessairement, pour peu que le travail soit violent et qu'il traîne en longueur. De là une tumeur plus ou moins volumineuse, le plus souvent tendue, élastique et rénitente, qui répond à l'orifice de la matrice. Or, cette tumeur prouve incontestablement que l'enfant vit encore, ou qu'il est mort depuis très-peu de temps, parce qu'elle est absolument incompatible avec l'absence ou la cessation déjà ancienne des propriétés vitales.

2°. S'il est si difficile de reconnaître la vie de l'enfant encore renfermé dans la matrice, on n'est guère moins embarrassé quand il s'agit de prononcer sur sa mort. L'observation atteste qu'on a vu naître en vie des enfans qu'on avait crus morts, et que d'autres ont été pour ainsi dire ressuscités après leur naissance, à force de leur prodiguer des soins qui avaient paru assez long-temps inutiles; il s'en faut donc bien que l'absence des signes qui indiquent la vie suffise ici pour caractériser la mort.

On conseille d'avoir recours à des signes commémoratifs; de rechercher, par exemple, si l'enfant n'a pas éprouvé des maladies avant sa naissance; mais comment peut-on les reconnaître? On fait passer en revue les accidens qui sont arrivés à la femme pendant la grossesse, tels que les coups, les chutes, les efforts, etc.; on s'informe si elle n'a point eu des convulsions; s'il ne s'est point manifesté chez elle, à certaines époques, des signes de pléthore sanguine; si elle n'a point ressenti quelque vive affection de l'ame; si elle n'a point été frappée de terreur; si elle ne s'est point mise en colère : ces maladies, il faut l'avouer, sont les plus redoutables que l'on connaisse pour l'enfant.

Mais ne serait-on pas encore souvent induit en erreur, si l'on se décidait à le démembrer ou à le mutiler, parce qu'on l'aurait cru mort, d'après toutes ces recherches? D'ailleurs, quelle induction peut-on tirer de ce qui s'est passé dans la grossesse lorsque la mort n'arrive que pendant le travail de l'accouchement.

A la vérité, les auteurs rapportent d'autres signes qui paraissent attester d'une manière plus probable que l'enfant a cessé de vivre pendant la grossesse. La femme, dit-on, au lieu de sentir remuer comme à l'ordinaire, se plaint d'un ballottement et d'une pesanteur qui l'incommodent. A ce nouvel état se joignent le gon-

flement douloureux, et bientôt après la chute des mamelles, la pâleur du visage, l'enfoncement des yeux, la couleur noirâtre, livide ou plombée des paupières, la fétidité de l'haleine, le bâillement fréquent, le mal de tête, le tintement d'oreilles, la nausée et le vomissement, la syncope et la lassitude spontanée, l'affaissement du ventre, et souvent la fièvre lente.

On ne peut disconvenir que ces phénomènes ne se manifestent, au moins pour la plupart, lorsque le cadavre de l'enfant vient à séjourner quelque temps dans la matrice; mais il est de fait aussi qu'ils ne sont pas toujours une preuve incontestable de sa mort. Baudelocque cite deux femmes qui, après avoir éprouvé tous les accidens ci-dessus, accouchèrent néanmoins, l'une d'un enfant, à la vérité languissant et faible, et l'autre d'un enfant robuste, vigoureux, et du poids de neuf livres au moins.

Quel serait donc le signe caractéristique d'après lequel on pourrait prononcer que l'enfant a réellement perdu la vie dans le sein de la mère? Il n'y en a pas d'autre que la putréfaction, quand elle se manifeste. On la reconnaît, pendant le travail, à la couleur des eaux de l'amnios, que le méconium rend troubles et bourbeuses, et d'où s'exhale une odeur fétide et cadavéreuse. Alors si une anse du cordon ombilical a été entraînée par un flot de ce liquide, elle est froide, flétrie, sans pulsations et sans consistance; le doigt porté sur la tête en trouve les os vacillans, et la peau quelquefois si mollasse, qu'elle s'enlève par lambeaux, ou ne présente qu'une espèce de poche remplie d'un liquide séreux et roussâtre.

Mais que de réflexions à faire sur tous ces signes? D'abord, la putréfaction ne se manifeste pas immédiatement après la mort. Donc si l'enfant ne périt que pendant le travail ou peu de temps auparavant, il sera très-difficile, pour ne pas dire impossible, de s'en assurer, et de lever le doute ou l'équivoque. S'il meurt, au contraire, pendant la grossesse, mêmes difficultés, même embarras; car le temps pendant lequel il peut se conserver dans les eaux de l'amnios sans s'y putréfier est indéterminé. On cite des enfans qui n'ont été expulsés que plusieurs mois après avoir cessé de vivre, et dont la peau n'offrait cependant aucune trace d'altération. L'histoire de l'art fait aussi mention de certaines femmes qui, à l'ouverture de leurs cadavres, ont présenté des fœtus desséchés et pour ainsi dire pétrifiés dans la matrice. Quelles erreurs ne commettrait-on donc pas, et à quels dangers n'exposerait-on pas la mère, si l'on attendait l'ensemble de tous les signes qui indiquent la putréfaction pour se décider à prendre un parti quelconque?

D'ailleurs, la plupart de ces signes, considérés en particulier, ne sauraient être d'un grand poids aux yeux de l'homme de l'art un peu versé dans la pratique. Il n'ignore pas que les eaux de l'amnios ne sont pas toujours bourbeuses et fétides lorsque le fœtus vient au monde privé de la vie, et qu'elles le sont au contraire quelquefois lorsqu'il est vivant et en bonne santé. La sortie prématurée du méconium a souvent induit en erreur, et fait désespérer

mal à propos du salut de l'enfant. La mollesse, l'altération et la chute même de l'épiderme ne sont rien moins qu'un signe décisif. Elles peuvent être l'effet de la maladie vénérienne, dont le fœtus est infecté dans le sein de la mère, ou d'une escarre gangréneuse produite par la pression du bassin contre la tête ou la partie qui s'engage. Enfin, l'absence de cette tumeur élastique qui caractérise si bien la vie de l'enfant, n'est pas toujours une preuve certaine qu'il en soit privé dans le sein de la mère; et Levret n'y aurait pas sans doute tant insisté, s'il avait fait attention que la mort n'est pas la seule cause qui puisse l'empêcher de se former ou la faire disparaître quand elle existe. Il peut arriver que les contractions utérines ne soient point assez fortes pour déterminer l'engorgement de la partie qui se présente, ou qu'elles se ralentissent assez pour faire tomber dans le relâchement la peau qui était plus ou moins tendue et rénitente auparavant. En outre, cette tumeur peut cesser d'être élastique, soit à cause de la rupture de quelques vaisseaux qui donnent lieu à un amas de sang, soit parce que les fluides blancs qui n'étaient qu'infiltrés viennent à s'épancher, et ne forment plus qu'une espèce de poche remplie de sérosité.

Le seul signe d'après lequel on pourrait assurer la putréfaction de l'enfant, et se résoudre à le démembrer ou à le mutiler pour l'extraire, serait le refroidissement, la flétrissure et la pourriture du cordon ombilical. Mais comment reconnaître cet état, lorsque ce cordon est encore caché dans la matrice, ou qu'il ne forme point une anse à travers le col de ce viscère? Aura-t-on recours à l'auscultation médiate ou immédiate, comme on l'a conseillé depuis quelque temps, pour constater la mort du fœtus? Mais de quelle utilité serait le cylindre de bois; même l'oreille la plus fine appliquée sur l'abdomen de la femme en travail, si l'enfant était frappé d'apoplexie, d'asphyxie, de syncope, ou s'il était seulement malade, débile? L'absence du mouvement placentaire ou fœtal prouverait-elle alors l'absence de la vie, et serait-elle regardée comme le signe infaillible de la mort? Loin de nous une pareille opinion!

Il résulte donc de cette discussion qu'il y a très-peu de signes qui, pris séparément, soient propres à caractériser la mort de l'enfant dans le sein de la mère. D'un autre côté, il ne serait pas toujours prudent d'attendre qu'on pût en réunir un grand nombre pour se décider à entreprendre quelque opération dangereuse sur son corps. Quel parti faudrait-il donc prendre dans des cas si embarrassans? Un accoucheur honnête et dirigé par des sentimens d'humanité, ne doit jamais agir qu'après avoir rassemblé le plus de probabilités qu'il est possible, et après s'être environné des lumières de ses confrères. Si l'occasion est urgente, et qu'il soit impossible de différer, il vaut mieux pécher par un excès de timidité que par un excès de témérité. On n'a point à se repentir d'avoir ménagé un enfant déjà mort comme s'il eût été vivant, au lieu qu'on serait inconsolable d'avoir opéré sur celui qui serait vivant comme s'il eût été mort. Une précaution bien essentielle

encore, c'est de n'avoir recours, dans aucun cas, aux instrumens tranchans qu'après avoir bien constaté l'inutilité ou l'insuffisance de la main, du forceps et des autres instrumens mousses.

ARTICLE PREMIER.

De l'application des instrumens tranchans sur le corps de l'enfant.

Il est très-rare qu'on soit obligé d'appliquer des instrumens tranchans sur le corps de l'enfant, lorsque le rapport de ses dimensions avec celles du bassin est à peu près dans l'état naturel. Si cela arrive quelquefois, on a recours au crochet, qui ne sert alors qu'à favoriser l'extraction d'un cadavre dont la femme ne peut se débarrasser. Mais cet instrument ne saurait suffire, si le corps de l'enfant était trop volumineux, ou bien si la forme du bassin était trop vicieuse. Dans ces deux derniers cas, on serait obligé d'employer le perce-crâne et les autres instrumens propres à l'embryotomie pour terminer l'accouchement.

SECTION PREMIÈRE.

Du crochet.

Le crochet est un instrument dont la forme indique assez l'usage. Comme il ne peut point diminuer le volume de la tête, il est évident qu'il ne convient que lorsqu'elle n'excède pas la largeur du bassin. Il est inutile de répéter qu'il suppose aussi la mort de l'enfant, puisqu'il est meurtrier de sa nature.

Les conditions nécessaires pour l'emploi de cet instrument se réduisent donc aux suivantes : 1° il faut que le forceps soit insuffisant, comme cela peut arriver lorsque la tête, ramollie par la putréfaction, n'offre point assez de prise ou de résistance ; 2° que la main ne puisse pas retourner et entraîner l'enfant par les pieds, soit parce que la matrice s'est fortement contractée depuis l'écoulement des eaux, soit parce que ce viscère, déjà tendu et douloureux, est près de s'enflammer ; 3° qu'on ne puisse plus différer de terminer l'accouchement, lorsque la tête de l'enfant mort est dans l'excavation du bassin.

Quoique le crochet puisse diviser le tissu de toutes les parties du corps, on n'a jamais occasion de l'appliquer que sur la tête, ou tout au plus sur le haut de la poitrine, lorsque l'enfant a été décollé, et que le tronc reste encore dans la matrice.

Cela posé, la tête se présente la première, ou après la sortie du tronc. Dans le premier cas, la plupart des praticiens avaient proposé de placer le crochet sur le rebord supérieur de l'orbite ou sur l'apophyse pierreuse du temporal ; mais il est clair que ce procédé était essentiellement vicieux, puisqu'il tendait à renverser la tête sur le dos ou sur l'une des épaules, et à faire par conséquent avancer le visage ou l'une des régions temporales au lieu de l'occiput ; donc la tête n'offrait alors que son plus grand diamètre, ce qui devait nécessairement l'empêcher de traverser la filière du bassin.

Il est bien plus avantageux et plus conforme au mécanisme de l'accouchement naturel d'implanter le crochet sur l'occiput, quand la tête vient la première, et sur la mâchoire supérieure ou sur le front, lorsqu'elle ne vient qu'après la sortie du tronc. La tête, alors fléchie sur la poitrine, plonge par une de ses extrémités et n'offre que ses plus petits diamètres ; elle doit donc éprouver moins de frottement ou de difficultés.

Pour bien appliquer cet instrument, l'accoucheur doit avoir égard, non-seulement à la situation de la tête ou à l'endroit du bassin qu'elle occupe, mais encore à la direction qu'elle doit suivre dans chacune de ses positions. Il faut aussi qu'il prenne les précautions nécessaires pour ne blesser ni les parties de la femme ni ses propres doigts, pendant l'opération. Levret ne courait aucun de ces risques avec son crochet à gaîne, et il est vraisemblable qu'on s'en servirait encore, s'il eût été plus commode. On empêche le crochet simple de déchirer le col de la matrice ou d'autres parties, si l'on a soin d'en diriger la pointe de l'extrémité de quelques doigts, et de placer le pouce au-dessous du lieu où elle est implantée, pour la recevoir en cas d'accident.

Dans les campagnes, au lieu de recourir, comme c'est l'ordinaire, au crochet qui suspend la lampe, et dont l'application est aussi difficile que dangereuse pour la femme, surtout en des mains peu exercées, on peut retirer beaucoup plus d'avantage du tire-tête de Danavia, qu'on trouve partout. C'est un morceau de bois cylindrique et arrondi à ses extrémités, de la grosseur du petit doigt et de deux pouces de long, au milieu duquel on attache un ruban de l'étendue d'une aune au moins. Pour en faire usage, on ouvre le crâne de l'enfant avec la pointe des ciseaux ou d'un couteau ordinaire ; on y introduit le petit cylindre de bois qu'on place en travers sur l'ouverture, et l'on tire sur les deux chefs du ruban. Cet instrument ne diffère point, quant à son action, du tire-tête à bascule de Levret, que tous les accoucheurs connaissent.

SECTION II.

Du céphalotome ou perce-crâne.

Après la mort de l'enfant, il est toujours nécessaire de lui ouvrir le crâne, lorsque la grosseur de la tête ou l'étroitesse du bassin, ou ces deux causes réunies, empêchent de terminer l'accouchement avec le forceps ou avec le crochet ordinaire.

Tous les instrumens aigus, tels que la lance de Mauriceau, les longs ciseaux de Smellie, dont le tranchant fait à la lime répond au dos des ciseaux ordinaires, le couteau de Deventer, un bistouri, un scalpel, un trois-quarts, etc., peuvent servir de perce-crâne, et conviennent pour pratiquer la céphalotomie ; mais on doit sentir ici l'inutilité et l'insuffisance de la plupart des instrumens connus sous le nom de *tire-tête*. Celui de Mauriceau, celui de Levret à bascules ou à trois branches, et celui à double croix, d'un chirurgien de Toulouse, ne sauraient diminuer assez le volume de la

tête pour la faire passer à travers le bassin dont les dimensions ne seraient pas dans un rapport convenable avec les siennes. Dans ce cas-là, des praticiens ont employé le crochet aigu pour ouvrir le crâne et pour en faire sortir le cerveau; mais les pointes et les aspérités que cet instrument produit en déchirant les os, peuvent blesser les doigts de l'accoucheur et les parties de la femme. Il faut donc y renoncer, ou n'en faire usage qu'après avoir préalablement réduit le volume de la tête par des procédés plus doux et moins dangereux.

Les ciseaux de Smellie seraient préférables à toute autre espèce de perce-crâne; car, outre qu'il est toujours facile de les appliquer sur la tête de l'enfant, ils ne peuvent nuire à la femme ni à l'accoucheur. Cependant on donne la préférence à l'instrument de Deventer ou à un couteau ordinaire, qu'on a soin de choisir très-pointu et bien tranchant. On en garnit la lame, dans presque toute sa longeur, d'une bandelette de linge fin, et on adapte à sa pointe une petite boule de cire, afin de l'introduire plus sûrement et sans se blesser.

Pour l'appliquer, lorsque la tête se présente la première, on le dirige à la faveur de quelques doigts, qu'on a préalablement conduits dans le vagin; on le plonge ensuite dans le crâne, à l'endroit de la suture sagittale, où l'on tâche de faire une incision angulaire. Mais on est souvent obligé de se contenter d'une simple fente ou incision, à moins que la tête ne présente le sommet, et qu'elle ne soit déjà engagée et serrée à l'entrée du bassin.

Quelque minces et faibles que soient les os du crâne à l'époque de la naissance, il n'est pas toujours facile de les diviser dans une certaine étendue, si l'on ne fait que presser sur le dos du perce-crâne. Il faut, pour en venir à bout, les fendre en sciant, c'est-à-dire pousser et retirer tour à tour l'instrument, sans en dégager la pointe à chaque trait.

Lorsque l'ouverture du crâne est suffisante, on en retire le céphalotome, et on renverse en dehors les os compris dans la section, ou bien on les enfonce en dedans, afin de préparer une issue plus libre au cerveau, qu'on évacue avec les doigts. On presse ensuite la tête de la main, on l'affaisse, et on l'entraîne, soit avec les doigts recourbés, soit avec le crochet appliqué sur l'occiput.

La tête peut être encore arrêtée dans le bassin après la sortie ou l'extraction du tronc. Si l'on s'obstine alors à tirer sur les pieds, on trouve d'autant plus de résistance que la disproportion est plus considérable, et on risque même d'opérer la détroncation de l'enfant. Cet accident, toujours désagréable pour l'accoucheur, et quelquefois dangereux pour la femme, peut être prévenu, si, après avoir tenté inutilement d'extraire la tête avec la main, avec le forceps, ou avec le crochet ordinaire, on a recours au perce-crâne. On applique alors cet instrument, non sur le trajet de la suture sagittale, comme dans le cas précédent, mais au milieu du front, sur l'une des branches de la suture coronale, ou au milieu de l'occiput, dans la direction de la suture lambdoïde. Du reste, on ouvre, on

vide, on affaisse le crâne, et on l'entraîne ensuite avec la main où avec le crochet, qu'on applique sur la mâchoire supérieure ou sur le front.

Aussitôt que l'opération est terminée, on délivre la femme de l'arrière-faix, et on a soin de faire quelques injections d'eau tiède dans la matrice et le vagin, pour les nettoyer et pour entraîner les débris du cerveau qui pourraient y être retenus.

Tels sont les avantages du perce-crâne ou de la céphalotomie, lorsque l'enfant a cessé de vivre dans le sein de la mère. Mais il est un terme où cet instrument et cette opération ne sauraient suffire pour faire cesser la disproportion de la tête avec le bassin. La perforation du crâne en réduit bien la voûte, mais non la base, qui est incompressible. Celle-ci conserve donc toujours sa largeur, qui est de trois pouces pour les têtes ordinaires, et de deux pouces et demi pour les plus petites. On conçoit néanmoins qu'elle pourrait encore traverser un bassin dont l'entrée aurait deux pouces et demi dans le premier cas, et deux pouces seulement dans le second. Il suffirait, pour cela, qu'elle passât diagonalement, et non de front, entre le pubis et le sacrum. Au-dessous de ce terme, la base du crâne serait nécessairement arrêtée, à moins qu'on ne la démembrât avec des tenailles incisives, ou qu'on n'attendît, d'après le conseil d'Osborn, l'espace de vingt ou trente heures, pour laisser le temps à la putréfaction d'en désunir les pièces osseuses. Mais ces deux partis sont également dangereux, et les praticiens doutent s'il ne vaudrait pas mieux alors faire l'opération césarienne ou la section du pubis, pour extraire la tête, et pour terminer l'accouchement.

SECTION III.

De l'embryotome.

On donne le nom d'*embryotome* ou d'*embryothlaste*, à tous les instrumens dont on se sert pour morceler le cadavre du fœtus, et pour l'extraire par lambeaux du sein de la mère, quand l'étroitesse du bassin l'empêche de sortir entier.

Cette opération, l'une des plus redoutables que l'on connaisse, ne peut entrer en parallèle avec la perforation et l'affaissement du crâne, dont les inconvéniens sont presque nuls pour la femme. On a rencontré, dit-on, des bassins qui n'avaient que quinze ou dix-huit lignes de large, et d'autres seulement un demi-pouce d'avant en arrière, Or, conçoit-on qu'on eût pu, dans ce cas-là, démembrer le fœtus, et l'extraire par morceaux, sans compromettre la vie de la femme et sans lui donner la mort? Les annales de l'art fournissent plusieurs exemples de cette horrible manœuvre, et les femmes ont presque toujours succombé immédiatement ou peu de temps après. A l'ouverture des cadavres, on trouvait le vagin chez les unes, et la matrice chez les autres, délabrés ou déchirés; quelquefois même les intestins venaient s'offrir devant les lambeaux du fœtus. Mais quel autre résultat peut-on attendre des instrumens tranchans, lorsqu'on a la témérité de les porter au hasard dans la

matrice, où il est impossible de pénétrer avec la main pour les diriger? Tout bien considéré, l'opération césarienne ne paraîtrait-elle donc pas préférable à l'embryotomie?

SECTION IV.

Des instrumens tranchans applicables sur le corps de l'enfant, dans le cas d'hydrocéphale, d'hydrothorax et d'ascite.

L'hydrocéphale n'est pas toujours un obstacle à l'accouchement, même naturel. On conçoit, au contraire, que cette maladie, quand elle n'est pas avancée, peut rendre la tête plus molle et la disposer à traverser le bassin, quoiqu'elle en excède la largeur. Le travail, dans ce cas-là, pourra seulement devenir plus long et plus laborieux pour la femme.

Mais il n'en est pas de même lorsque l'accumulation du liquide est énorme ou excessive; par exemple, lorsque la tête de l'enfant hydrocéphale, égale en volume celle d'un adulte. Elle est alors si disproportionnée au bassin, qu'elle ne peut plus en traverser la filière, ni en vertu des efforts de la nature, ni aidée de la main seule, ou sans le recours des instrumens tranchans.

L'hydrocéphale, lorsqu'il est devenu, pour ainsi dire, monstrueux, se reconnaît aux signes suivans : les fontanelles, surtout l'antérieure, sont très-évasées, et présentent plusieurs pouces de largeur; les sutures sont écartées d'un ou de deux travers de doigt, les os du crâne sont souples et minces; en un mot, la tête entière ne paraît être qu'une grande poche remplie de liquide. Il est même facile, si l'on n'est pas sur ses gardes, de la confondre avec celle des eaux de l'amnios, parce qu'elle se durcit et se relâche tour à tour pendant la douleur et le calme qui la suit.

Les exemples d'enfans nés hydrocéphales et parvenus à l'âge adulte sont si rares, qu'on peut regarder cette maladie comme essentiellement mortelle. Il y aurait donc de l'injustice, même de l'inhumanité, à sacrifier une mère pour conserver de tels enfans, quand ils ne peuvent pas naître par les voies ordinaires et avec les secours de la nature.

Ainsi, de deux choses l'une : ou la tête hydropique se présente la première, ou elle ne s'arrête à l'entrée du bassin qu'après la sortie du tronc. Dans le premier cas, on y plonge le perce-crâne ou tout autre instrument aigu, et on choisit pour cela l'une des fontanelles ou des sutures qu'on rencontre sur le sommet. Dans le second cas, après avoir retourné l'enfant, si cela est nécessaire, on perce aussi le crâne, en plongeant l'instrument dans le grand trou occipital ou dans l'une des fontanelles qui sont au bas de la suture lambdoïde.

A mesure que la sérosité s'écoule, la tête s'affaisse, et perd tellement de son volume, qu'elle franchit quelquefois le bassin sans aucune difficulté : il est vrai que l'enfant naît alors privé de la vie, ou survit très-peu de temps. Mais cette mort n'est-elle pas moins l'effet de l'instrument tranchant que de la maladie qui l'a rendu

nécessaire? D'ailleurs, la destinée d'un enfant qu'on tue lorsqu'il est impossible de le sauver, n'est-elle pas beaucoup moins déplorable que celle d'une précieuse mère, qu'on soumettrait au couteau césarien, pour la débarrasser d'un être chétif et condamné à une mort certaine?

Ce que nous avons dit de l'hydrocéphale doit s'appliquer à l'hydrothorax et à l'ascite. Mais la poitrine et l'abdomen sont rarement assez distendus par la présence d'un liquide, pour s'arrêter à l'entrée du bassin. D'ailleurs, lorsque de tels obstacles s'opposent à l'accouchement, il est difficile de les reconnaître, à moins que l'enfant ne vienne par les pieds. Lorsque la tête s'engage la première, comment la main pourrait-elle parvenir jusqu'à la poitrine et au ventre, pour en constater le volume et la fluctuation, seuls signes caractéristiques de l'hydropisie?

Quoi qu'il en soit, lorsqu'on s'est assuré de cette maladie, on donne issue au liquide, en ouvrant la cavité qui le renferme avec le trois-quarts, ou mieux avec le pharyngotome. On plonge, si l'on peut, cet instrument dans le lieu où l'on fait ordinairement la paracenthèse, et on n'y fait qu'une très-petite incision lorsque l'enfant vit encore. Pour favoriser l'écoulement de la sérosité, on presse légèrement les bords de cette ouverture avec les doigts, et on a soin d'en écarter les parties voisines qui pourraient la boucher.

SECTION V.

Des instrumens tranchans qui servent à extraire la tête après la détroncation de l'enfant.

La rétention de la tête de l'enfant dans le sein de la femme après l'arrachement du tronc est un des accidens contre lesquels l'accoucheur ne saurait trop se mettre en garde; et on conçoit à peine que Smellie, l'un des flambeaux de l'art, ait pu conseiller de trancher le cou de l'enfant au moyen du bistouri et des ciseaux, afin d'écarter le tronc; de faire ensuite rouler la tête sur le détroit du bassin, d'y ramener le vertex, et d'ouvrir le crâne avec plus de facilité.

Cette conduite, pour le moins téméraire, ne saurait trouver des partisans dans le siècle où nous sommes, et où la détroncation de l'enfant ne pourrait arriver tout au plus qu'entre les mains d'un accoucheur ignorant ou maladroit. Celui qui conçoit bien les préceptes de l'art, et qui joint à la théorie une certaine dextérité, est toujours à l'abri d'une faute aussi grossière. Au lieu de tirer avec force, et par secousses, sur le tronc de l'enfant, lorsqu'il ne s'agit plus que d'extraire la tête, il tâche, au contraire, d'imiter le mécanisme de l'accouchement naturel. Il donne d'abord à la tête une situation diagonale, et la fléchit sur la poitrine pour la faire descendre dans l'excavation du bassin parallèlement à l'axe du détroit supérieur. Ensuite il en ramène l'occiput ou le visage sous l'arcade du pubis, et finit par la dégager en lui donnant une direction parallèle à l'axe du détroit inférieur.

Mais lorsque cette savante et adroite manœuvre est infructueuse, il se garde encore de n'observer d'autres règles que celle de tirer sur l'enfant. Alors il a recours sur-le-champ au forceps; et si le crâne, déjà ramolli par la putréfaction, n'offre pas assez de prise à cet instrument, il implante un crochet sur le front; enfin, la tête est-elle trop volumineuse ou le bassin trop resserré, il emploie le perce-crâne pour faire cesser la disproportion.

Tels sont les moyens et les ressources que l'art possède pour terminer l'accouchement, lorsque la tête de l'enfant est retenue seule dans le sein de la mère. D'où il suit que, si la détroncation est un événement auquel prédisposent l'étroitesse du bassin, le volume démesuré de la tête, et la putréfaction excessive de l'enfant, elle ne peut avoir d'autre cause immédiate que l'ignorance et la maladresse des accoucheurs ou des sages-femmes.

Supposons donc qu'on soit appelé au secours d'une malheureuse mère qui retient encore dans son sein la tête de l'enfant dont le tronc a été arraché : quel parti prendra-t-on dans cette conjoncture? Faut-il débarrasser promptement la femme, comme certains praticiens le conseillent, ou bien l'abandonner aux seules ressources de la nature, d'après l'avis de quelques autres? Deux partis aussi extrêmes et aussi diamétralement opposés ne sauraient être adoptés. Il peut se rencontrer des circonstances où il serait dangereux de mettre trop promptement la main à l'œuvre; par exemple, lorsque la femme est trop faible, lorsque la matrice s'est contractée spasmodiquement, ou lorsque, déjà irritée par des manœuvres antérieures, elle est sur le point de s'enflammer. La principale indication serait donc alors de suspendre l'extraction de la tête, jusqu'à ce qu'on eût combattu ces accidens par les moyens les plus convenables, tels que les toniques, s'ils étaient indiqués, ou la saignée, les bains émolliens, et les injections de même nature, en un mot, les calmans et les anti-phlogistiques. Ce fut par l'emploi de ces derniers moyens que nous vîmes, il y a quelques années, une femme se débarrasser naturellement d'une tête sur laquelle nous avions fait de vaines tentatives pour l'extraire.

Mais lorsque tout est dans l'ordre naturel, et que rien ne s'oppose à l'introduction de la main ou des instrumens, ce serait le comble de l'imprudence et de l'impéritie que d'abandonner aux efforts de la nature une tête dont mille causes peuvent rendre l'expulsion difficile, même impossible. Que de doutes viendraient alors fatiguer l'imagination du praticien! Cette tête est-elle bien située au détroit supérieur? N'est-elle pas enclavée ou trop volumineuse pour traverser le bassin? Prendra-t-elle une direction convenable? La femme, déjà épuisée par le travail et par les efforts qui ont précédé la détroncation, conservera-t-elle des forces suffisantes pour s'en débarrasser?

Le moyen de mettre fin à toutes ces craintes, et de prévenir des chances plus ou moins dangereuses, est de la débarrasser aussitôt que cela est possible sans aucun inconvénient. On applique donc une main sur le ventre de la femme, et on introduit l'autre dans

la matrice pour s'assurer du volume de la tête. Lorsqu'elle n'excède point la largeur des ouvertures pelviennes, on peut en faire l'extraction avec assez de facilité, et presque toujours sans le secours des instrumens. Pour cela, on n'a qu'à disposer le crâne de manière que sa plus grande longueur soit parallèle à l'axe du détroit supérieur, et que ses plus petits diamètres répondent aux plus grands de cette ouverture. On insinue ensuite deux doigts dans la bouche, et on place le pouce au-dessous du menton, ou sur la partie postérieure du cou, qui n'est presque jamais arraché en entier. Après avoir ainsi accroché la tête, on l'entraîne par son extrémité inférieure dans une direction convenable. Parvenue dans l'excavation du bassin, on la fait rouler pour ramener l'occiput en dessus, vers le pubis, et on continue de tirer sur le menton, mais parallèlement à l'axe du détroit inférieur, ou en relevant un peu la main, jusqu'à ce que le dégagement soit complet. Si la mâchoire inférieure avait été arrachée, on implanterait un crochet sur le haut du front. On saisirait ensuite le manche de cet instrument avec la main, dont le pouce s'introduirait dans le trou occipital, ou se placerait derrière le cou, et on tirerait suivant le procédé ordinaire.

Mais il s'en faut bien que l'extraction de la tête soit aussi facile, lorsque ses dimensions sont très-disproportionnées à celles du bassin. L'application des instrumens est alors indispensable pour débarrasser la femme, et pour la mettre à l'abri d'une foule d'accidens qui la menacent. Nous ne parlerons point ici des crochets, ni des lacs appliqués sur la mâchoire, ni de certaines bourses ou frondes que Grégoire et Amand avaient imaginées. Nous ne parlerons pas même du forceps, dont l'application est très-difficile dans le cas dont il s'agit, et toujours inutile, à moins que la tête ne soit peu disproportionnée et fortement engagée, selon sa longueur, ou déjà descendue dans l'excavation du bassin. Il n'y a que les instrumens au moyen desquels on peut vider et affaisser le crâne qui puissent être recommandés, et le couteau de Deventer est celui qui mérite la préférence.

Pour l'appliquer d'une manière convenable, il est nécessaire de fixer la tête à l'entrée du bassin; mais ce ne sera point en comprimant le ventre de la femme, d'après la méthode de Celse, ni en plaçant un lacs sur la mâchoire inférieure, ou un crochet sur toute autre partie, comme d'autres l'ont prescrit. La main, introduite dans la matrice, est plus utile pour cela qu'aucun instrument, et moins dangereuse que toute pression extérieure. L'accoucheur, après avoir saisi la tête, en amenera donc le sommet au détroit supérieur, et l'y fixera dans une situation transversale, au moyen des doigts recourbés sur la base. L'extrémité du pouce, appliquée sur la fontanelle antérieure, ou sur la suture sagittale, servira de conducteur à l'instrument, dont la pointe sera dirigée le long de la face palmaire de ce doigt, jusqu'à l'endroit qu'elle doit percer. Ensuite le crâne sera ouvert, vidé, affaissé, et entraîné au dehors, comme nous l'avons indiqué dans le cas où il tient encore au tronc.

Si le placenta, encore renfermé dans la matrice, est entièrement décollé, on l'extrait avant la tête; mais si ce corps conserve encore des adhérences, on diffère la délivrance, de crainte de provoquer une hémorrhagie utérine.

SECTION VI.

Des instrumens tranchans qui servent à extraire le tronc après le décollement de l'enfant.

On conçoit que de trop violentes tractions exercées sur la tête de l'enfant peuvent en produire le décollement; mais il faut supposer pour cela que la putréfaction a diminué l'adhérence de cette partie avec le tronc, ou que celui-ci oppose plus de résistance qu'à l'ordinaire à cause de sa conformation monstrueuse, ou d'une congestion de liquide dans l'une de ses cavités splanchniques.

Dans tous les cas, cet événement est moins rare et offre beaucoup moins de difficultés que la détroncation de l'enfant. On pourrait ajouter qu'il prouve moins l'ignorance et la maladresse des accoucheurs, parce qu'il n'est pas toujours en leur pouvoir de l'éviter. Lorsqu'on a saisi, par exemple, la tête avec le forceps, quelque habile qu'on soit, est-il bien facile de calculer les effets de la putréfaction, si elle a précédé, ou d'apprécier exactement le volume du tronc qu'il s'agit d'extraire? On peut donc, dans ce cas-là, arracher la tête et laisser le tronc, sans être coupable d'impéritie. Mais quels moyens emploiera-t-on alors pour débarrasser la femme? Ils doivent varier suivant les circonstances. Les épaules sont-elles encore au-dessus du détroit supérieur; on retourne le tronc et on l'extrait par les pieds, ou bien on dégage les bras, et on applique des lacs sur les poignets pour tirer d'une main sur le tronc, pendant que de l'autre on empêche la portion du cou, s'il en reste, de s'arc-bouter contre le bassin. Lorsque les épaules sont déjà parvenues dans l'excavation, on en change d'abord la direction, et on les place, l'une sous le pubis, et l'autre dans la concavité du sacrum, conformément au mécanisme de l'accouchement naturel. On tire ensuite, à la faveur des doigts, des lacs, ou des crochets mousses qu'on insinue dans le creux des aisselles; et si ces moyens sont insuffisans, on implante un crochet aigu sur le dos ou sur le haut de la poitrine.

SECTION VII.

Des instrumens tranchans qui servent à l'extraction des monstres.

Ce serait aujourd'hui perdre le temps et même s'exposer à la risée, que de discuter gravement si une femme peut concevoir ou enfanter des monstres mi-parties de l'homme et de la brute, comme on l'a cru dans des siècles grossiers, où la superstition dépravait toute espèce de connaissances. Nous ne parlerons pas non plus des monstres par défaut de parties, tels que les acéphales, les unipèdes, les unimanes, etc., dont la naissance doit s'opérer avec moins de difficulté que celle des enfans bien conformés. Il ne sera question ici que des monstres par excès ou par adhérence de parties, comme

de ceux qui ont plusieurs têtes entées sur un même tronc, plusieurs troncs attachés à la même tête, ou de ceux qui sont unis, soit par les tégumens, soit par d'autres parties.

Ce n'est point à l'accoucheur de rechercher les causes de ces phénomènes singuliers ou de ces bizarreries de la nature; et la fameuse dispute entre Winslow et Lemery n'a répandu qu'un faible jour sur une matière dont l'obscurité tient, sans contredit, à celle qui enveloppe le mystère de la génération. Il paraît seulement qu'il est moins raisonnable d'attribuer la conformation monstrueuse des enfans à un germe préexistant, qu'à des accidens qui leur arrivent dans le sein de la mère.

Le point essentiel serait donc plutôt de connaître la règle qu'il faudrait suivre en pareil cas pour terminer l'accouchement, lorsque la femme est dans l'impuissance de se débarrasser sans le secours de l'art. Mais comment fixer les opinions sur cet objet de pratique? D'abord, si l'on consulte l'observation, dont le flambeau sert presque toujours de guide, elle laisse ici dans le doute et l'incertitude. Car s'il est de fait que certains enfans monstrueux ont été expulsés par les seuls efforts de la nature, il n'est pas moins incontestable que d'autres, au contraire, n'ont été extraits de la matrice qu'à l'aide des instrumens tranchans appliqués sur leur corps ou sur celui de la mère. D'ailleurs, comment constater l'existence des monstres avant leur naissance? Serait-ce en introduisant une main dans la matrice? Mais il faudrait avoir une dextérité et un tact à toute épreuve, pour démêler ce qui est naturel d'avec ce qui ne l'est pas, dans un viscère où il est si facile de se faire illusion et de confondre les parties de l'enfant les unes avec les autres.

Ce n'est pas tout encore : supposons que cette partie de la question soit décidée. On a reconnu que l'enfant était monstrueux, qu'il avait, par exemple, deux têtes de volume ordinaire entées sur le même tronc, ou deux troncs surmontés d'une seule tête; on a reconnu, si l'on veut, que la monstruosité résultait de deux individus unis ensemble par quelques-unes de leurs parties. Avec toutes ces données, quel sera l'homme de l'art qui s'avisera de prescrire des bornes à la nature, et de déclarer que l'accouchement est au-dessus de ses ressources, parce que le produit de la conception n'a ni la forme ni le volume ordinaire? Supposé même qu'on fût obligé d'avouer l'impuissance de la nature, quels moyens adopterait-on pour y suppléer? Irait-on mutiler ou démembrer l'enfant dans le sein de la mère, pour l'en extraire par morceaux ou en détail? Mais quelle serait la main assez hardie pour porter un fer homicide sur le corps d'un être encore vivant, et dont aucune loi parmi nous n'autorise la mort, quoiqu'il soit monstrueux ou mal conformé? On alléguera peut-être que l'existence d'un tel enfant est fort précaire, et qu'on ne peut guère espérer de le conserver. Mais les deux filles de Tzoni, en Hongrie, n'ont-elles pas vécu jusqu'à l'âge de vingt-un ans, quoiqu'elles fussent unies et pour ainsi dire identifiées par les reins? Or, si quelqu'un s'était permis d'at-

tenter à la vie de ce double individu après sa naissance, le meurtre en eût-il été moins horrible et moins digne de punition, que celui de quelque membre mieux conformé de la société.

D'un autre côté, on sent toute la force des objections qu'on peut faire valoir en faveur de la mère. Lui faire l'opération césarienne, dira-t-on, ou lui trancher la symphyse du pubis, pour favoriser la naissance d'un monstre ou d'un être bizarrement conformé, n'est-ce pas le comble de l'injustice et même de l'inhumanité? Comment peut-on mettre en parallèle, d'une part, la vie complète d'une femme adulte, bien constituée, déjà mère de plusieurs enfans, ou capable de le devenir encore, et de l'autre, cette sorte d'existence, plus végétative qu'animale, plus précaire que certaine, et plus chancelante qu'affermie, dont jouit un fœtus qui n'a pas la figure humaine? Quel dédommagement, quelle consolation cette infortunée pourra-t-elle trouver de ses souffrances, de sa résignation et du sacrifice de sa vie, à l'aspect d'une créature monstrueuse ou difforme, qui lui inspire plus d'horreur que d'amour, qu'elle a honte d'avoir conçue, et dont elle est moins portée à souhaiter la conservation que la mort?

Tels sont les motifs et les raisons qui semblent se contrebalancer sur l'objet de cette discussion. On ne peut donc disconvenir qu'il ne soit fort difficile, pour ne pas dire impossible, au moins dans certains cas, de fixer le moyen de secourir une mère qui ne peut accoucher naturellement d'un ou de plusieurs enfans monstrueux. Si l'on avait la certitude de leur mort, on devrait être nécessairement moins embarrassé, parce qu'on aurait moins de mesures à prendre. On démembrerait alors les cadavres, ou bien on retrancherait les parties superflues pour en faciliter l'extraction par les voies ordinaires. Cela supposerait néanmoins que la femme serait assez bien conformée, pour n'avoir rien à redouter de cette opération; car, dans le cas où sa vie serait exposée ou compromise, peut-être vaudrait-il mieux avoir recours à la section du pubis ou à celle de l'abdomen et de l'utérus, qui ne sont pas toujours mortelles.

Lorsque deux jumeaux, encore vivans, sont unis par une portion de leurs tégumens, on tâche de les séparer, soit avec la main, soit avec quelque instrument, avant d'en faire l'extraction. Mais si cette union n'existe qu'au haut de la tête, comme on en voit des exemples dans les Tables d'Ambroise Paré, on retourne l'un des enfans et on l'extrait par les pieds, ce qui doit nécessairement amener la tête de l'autre à l'entrée du bassin; ensuite on applique le forceps sur celle-ci, lorsqu'elle tarde trop à s'engager, et on fait, après l'accouchement, les séparations qui conviennent, avec plus de sûreté.

Si deux têtes ou deux troncs du même individu se présentaient en même temps, de tels monstres périraient toujours peu de temps après leur naissance; il semble donc qu'il serait permis d'opérer la détroncation ou le décollement de l'un d'eux, pour faciliter l'extraction de l'un et de l'autre.

Quant aux monstruosités qui résultent de certaines tumeurs

fongueuses ou stéatomateuses, situées sur le corps de l'enfant, on est d'accord qu'il faut les emporter ou les réduire à un moindre volume, lorsqu'elles s'opposent à l'accouchement. On ne conçoit guère que l'extirpation de telles tumeurs, quel que soit le lieu qu'elles occupent, puisse mettre l'enfant dans un plus grand péril que celui dont il est menacé à cause de ce vice de conformation; et si les annales de l'art sont fidèles, c'est une chose sans exemple, qu'on ait été obligé de porter les instrumens tranchans sur le corps de la femme, pour terminer de semblables accouchemens.

Nous ne finirons pas cet article sans rapporter un fait qui prouve que, dans le cas de monstruosité, le génie et la sagacité de l'accoucheur peuvent quelquefois lui tenir lieu de préceptes et de théorie. Ce fait est consigné dans le bulletin de la Faculté de Paris et de la Société établie dans son sein, année 1814, n° VIII. Il y est question d'une femme souffrant pour la première fois les douleurs de l'enfantement, et assistée par une sage-femme, qui, après avoir reconnu la présence des pieds, rompt les membranes, et s'efforce d'extraire le fœtus, dont elle ne peut cependant dégager que les jambes. M. Bry est appelé, et constate l'existence de deux enfans, à chacun desquels appartient l'une des extrémités attirées au dehors. En conséquence il repousse autant que possible la jambe située en arrière, va chercher le second pied de l'autre fœtus, et par des tractions fortes et soutenues, parvient à dégager celui-ci jusqu'aux reins. Alors nouvel obstacle. Il introduit derechef la main dans l'utérus, et découvre l'union insolite des deux enfans. « Dès lors, dit l'auteur, je les considérai comme ne formant qu'un seul individu. J'allai donc successivement chercher les deux pieds du second enfant que j'appelai *postérieur;* je l'amenai aisément au même point que le premier, qui était soutenu par la sage-femme, Agissant ensuite sur les quatre extrémités réunies, je vis bientôt se présenter les épaules; les extrémités supérieures furent successivement dégagées en commençant par l'*enfant postérieur.* » Enfin, les deux têtes sortirent à leur tour par le soin qu'eut M. Bry de tirer, en renversant les enfans sur le ventre de leur mère, afin de dégager d'abord la tête de l'enfant postérieur sur lequel il faisait principalement porter les efforts.

ARTICLE II.

De l'application des instrumens tranchans sur le corps de la femme.

Le but qu'on se propose ordinairement dans l'application des instrumens tranchans sur le corps de la femme, est de sauver le fruit qu'elle a porté pendant neuf mois, et de rendre sa naissance plus facile. Il est donc nécessaire alors qu'il soit encore en vie et dans l'impossibilité absolue de naître par les voies naturelles. Car, sans ces deux conditions, la plus légère égratignure qu'on ferait à la mère serait inutile, et les opérations plus ou moins dangereuses auxquelles elles se serait résignée mériteraient plutôt d'être comptées parmi les abus que parmi les ressources de l'art. Il est néan-

moins des circonstances, à la vérité fort rares, mais malheureuses, où l'on est encore obligé de recourir à quelqu'une de ces opérations, quoique l'enfant soit déjà mort ; par exemple, lorsqu'il est impossible d'en démembrer le cadavre et de l'extraire par morceaux, sans exposer la mère à un danger très-imminent de perdre la vie : comme aussi, lorsque l'enfant est tombé dans l'abdomen après la rupture de la matrice, ou bien lorsqu'il s'est développé dans la trompe, sur l'ovaire, etc., par l'effet d'une conception extra-utérine. Dans ces derniers cas, si l'on pratique des opérations dangereuses sur le corps de la femme, c'est plutôt pour venir à son secours que pour sauver l'enfant, dont l'erreur de la nature rend toujours l'existence douteuse.

Les causes qui nécessitent l'application des instrumens tranchans sur le corps de la femme, après une grossesse utérine ou ordinaire, ne diffèrent point de celles qui déterminent l'impossibilité physique de l'accouchement par les voies naturelles ; telles sont l'imperforation plus ou moins complète de la vulve, du vagin ou du col de la matrice, et surtout l'étroitesse excessive du bassin. Chacune de ces causes doit nécessairement présenter une indication particulière pour suppléer à l'impuissance de la nature. Dans le premier cas, il s'agit seulement d'agrandir le passage que forment les parties génitales de la femme, au lieu que dans le second, il faut de deux choses l'une, ou élargir le bassin, ou donner issue à travers les parois de l'abdomen et le tissu même de la matrice. Il serait absurde de songer ici à diminuer le volume de l'enfant pour en faciliter l'expulsion, puisqu'il est question de le sauver ou de l'extraire vivant du sein de la mère. Or, différentes opérations peuvent être nécessaires pour remédier à l'imperforation du passage utéro-vulvaire ; mais la section de la symphyse inter-pubienne est la seule qui puisse favoriser l'élargissement du bassin, et l'opération césarienne est la dernière ressource de l'art, pour ouvrir une issue à l'enfant qui ne peut sortir conformément au vœu de la nature. Nous parlerons successivement de ces opérations, et nous terminerons cet article par quelques réflexions sur la rupture de la matrice et la grossesse extra-utérine : deux circonstances qui exigent aussi que la femme se soumette aux instrumens tranchans.

SECTION PREMIÈRE.

Des indications que présente l'imperforation ou rétrécissement du canal utéro-vulvaire.

Cette imperforation peut être naturelle ou accidentelle, et plus ou moins complète ; elle peut aussi dépendre de différentes causes ou affecter différens points du conduit que l'enfant doit traverser en venant au monde.

L'histoire de l'art fait mention de femmes naturellement privées de vulve, chez lesquelles le vagin s'ouvrait dans le rectum comme chez les gallinacées, sans que cette bizarre conformation les eût empêchées de concevoir et de devenir enceintes. On en a vu dont les grandes lèvres, naturellement ou accidentellement agglutinées,

ne laissaient que peu ou point d'ouverture. Tantôt ces parties, excessivement infiltrées, parsemées de pelotons variqueux, ou recouvertes de duretés squirrheuses, permettaient à peine l'introduction du doigt; tantôt le vagin imperforé ou rétréci offrait une barrière insurmontable. Quelquefois l'entrée en était fermée par une ou plusieurs membranes; d'autres fois, la continuité de ce canal était comme entrecoupée de brides charnues, ou hérissée de cicatrices plus ou moins raboteuses, à la suite d'excoriations ou d'ulcérations vénériennes. On y a rencontré des stéatomes, des corps fibreux, des polypes ou d'autres tumeurs plus ou moins volumineuses qui le rendaient imperméable; le col de la matrice lui-même s'est trouvé entièrement oblitéré, ou tellement durci à la fin de la grossesse, que l'orifice ne pouvait plus se dilater convenablement, pour livrer passage à l'enfant. Enfin, il n'est pas sans exemple qu'un calcul urinaire plus ou moins volumineux se soit engagé pendant le travail derrière la symphyse du pubis, et ait rendu l'accouchement impossible par les seules forces de la nature.

Dans toutes ces circonstances, on saisit avec facilité les indications relatives à l'obstacle qui se présente, quoiqu'il ne soit pas toujours aisé d'y satisfaire. Qu'une femme, par exemple, naturellement imperforée ou sans vulve, se livre à des efforts inutiles pour expulser un enfant dont la tête, déjà descendue dans l'excavation, fait bomber les tégumens sous-pubiens; on pratique une ouverture artificielle sur l'endroit qui fait saillie, en fendant avec précaution les parties molles depuis le pubis jusqu'à un pouce et demi du périnée, suivant la direction de la symphyse et du raphé. Alors, affranchie de cet obstacle, la tête s'élance bientôt hors du bassin, en vertu des contractions utérines, ou devient accessible au forceps qui en fait l'extraction.

Lorsque les grandes lèvres, par l'effet d'une phlegmasie aiguë ou chronique, viennent à s'agglutiner ou à contracter des adhérences non naturelles, il faut nécessairement que la vulve en devienne plus étroite. Dans ce cas-là, si l'on craint que cette union accidentelle ne s'oppose à l'accouchement, on la détruit au moyen du bistouri ou des ciseaux et de la sonde cannelée; c'est ce que nous avons fait une fois.

On remédie à l'infiltration des parties génitales externes, en y pratiquant quelques légères scarifications ou mouchetures; on favorise par là le dégorgement des fluides blancs, dont la circulation est arrêtée ou ralentie, et on rétablit la liberté du passage.

S'il s'agit de tumeurs variqueuses, il est rare qu'elles mettent de grands obstacles à l'accouchement, à moins qu'elles ne se crèvent profondément pendant le travail, et ne donnent lieu à quelqu'infiltration ou épanchement de sang dans le tissu cellulaire qui entoure le vagin. Pour prévenir cet accident, ne serait-il pas à propos d'en opérer le dégorgement par l'application de quelques sangsues à la vulve, ou par l'ouverture d'une des varices extérieures?

L'imperforation du vagin exige qu'on incise l'hymen qui en ferme l'orifice. Ce fut ainsi que le célèbre Ruisch, armé seulement

des ciseaux et de la sonde cannelée, ouvrit la porte de la vie à un enfant, dont une double membrane retardait la naissance, quoiqu'elle n'eût pas empêché la mère de le concevoir et de devenir enceinte. Nous avons pratiqué, en présence de nos élèves, une semblable opération sur une femme qui est accouchée aussitôt après de deux jumeaux. On inciserait également les brides et les cloisons membraneuses qui entrecouperaient ce canal et s'opposeraient à l'accouchement. Une femme primipare souffrait depuis long-temps, sans pouvoir se débarrasser du produit de la conception; Benevoli, appelé à son secours, ne découvre qu'une très-petite ouverture vers le milieu du vagin. Il l'agrandit d'abord avec le doigt, puis avec un dilatatoire; enfin, il vient à bout de toucher la tête de l'enfant, mais il la trouve encore recouverte d'une membrane qui l'empêche d'avancer. Il saisit cette cloison avec un crochet, et la fait couper par un aide avec des ciseanx, pendant qu'il la tient lui-même éloignée de la tête. Il introduit ensuite la main dans le vagin, déchire complètement les lambeaux qui restent, et opère une telle dilatation, que la femme accouche trois heures après d'un enfant plein de vie.

Mais lorsque le vagin est affecté de quelque vice de conformation, ne serait-il pas prudent et plus rationnel d'y remédier pendant la grossesse, afin que le travail de l'accouchement n'en fût point interrompu ou retardé? Ainsi, dans le cas d'un rétrécissement excessif, quelle qu'en fût la cause, nous croyons qu'on devrait imiter le dernier auteur dont il a été question ci-dessus. Consulté par une jeune femme dont le vagin, naturellement rétréci, dur et calleux, admettait à peine une plume à écrire, il entreprit de la guérir et de la réconcilier avec son mari, qui était sur le point de la répudier après trois années de mariage sous prétexte d'un empêchement insurmontable. Benevoli tâcha d'abord de relâcher et d'assouplir le canal au moyen de fomentations émollientes; ensuite il introduisit successivement des pessaires composés avec la racine de gentiane, la moelle de maïs et l'éponge préparée. Enfin, à force de patience et de temps, son entreprise fut couronnée de succès, la dilatation fut complète, et la femme acquit la facilité d'ajouter le titre de mère à celui d'épouse. C'est par des procédés analogues que nous sommes venu à bout de consoler une jeune dame qui se croyait bien malheureuse de n'avoir pas d'enfans. Il ne serait peut-être pas aussi facile de remédier au rétrécissement du vagin, s'il était accidentel, et s'il dépendait d'excroissances vénériennes ou de cicatrices plus ou moins âpres et raboteuses. Dans tous les cas, si l'on attendait le terme de la grossesse ou le temps du travail, il faudrait nécessairement avoir recours à l'instrument tranchant, pour rendre à cette voie la largeur convenable. Nous fûmes appelé, il y a quelques années, par une femme qui était dans les douleurs de l'enfantement depuis plus de trente-six heures. La tête de l'enfant était dans l'excavation où elle avait entraîné la matrice, dont le col dur et presque cartilagineux n'offrait qu'une très-petite ouverture. Tout le canal et

l'orifice du vagin s'étaient considérablement resserrés à la suite de chancres dont elle avait été traitée à l'hospice des Vénériens : on pouvait à peine y introduire le doigt. Cette infortunée se réfugia à la Maternité, où elle fut mise sur-le-champ à l'usage des bains émolliens. On l'accoucha ensuite, mais après avoir pratiqué les incisions nécessaires pour la sortie de l'enfant.

Le tissu cellulaire qui unit le vagin aux parties circonvoisines peut devenir le siége d'un abcès plus ou moins volumineux, à la suite d'un phlegmon aigu. Il ne s'agit alors que d'ouvrir une issue au pus pour faciliter l'accouchement, et l'on n'a point à craindre de se méprendre sur une maladie dont les signes commémoratifs indiquent assez le caractère. Mais on serait bien plus embarrassé, s'il fallait distinguer un abcès froid d'avec une tumeur sanguine ou d'avec une hernie, produite, soit par la vessie, soit par l'intestin, qui se seraient insinués entre le vagin et le rectum jusqu'au périnée. Dans ces sortes de cas, on n'ouvre la tumeur qu'avec beaucoup de circonspection, et après avoir pris tous les renseignemens possibles. Si elle paraît ou disparaît, selon la plénitude ou la vacuité de la vessie et de l'intestin, nul doute que ce ne soit une hernie vésicale ou intestinale, et alors la réduction de ces viscères ou l'excrétion de l'urine et des matières fécales, est plutôt indiquée que la ponction. En général, lorsque ces tumeurs sont humorales, mais d'une nature douteuse, on ne doit y faire qu'une piqûre ou une légère incision.

Les polypes ou corps fongueux, dont le pédicule tient à la vulve, au vagin, ou à la matrice, doivent être emportés au moyen de la ligature pendant la grossesse, ou au moyen de l'excision pendant l'accouchement, lorsqu'on appréhende qu'ils n'obstruent le passage. Ces opérations offrent d'autant moins de difficultés durant le travail, que la tête de l'enfant pousse davantage la tumeur, et en approche le pédicule des parties extérieures. Mais quelle conduite faudrait-il tenir si un sarcôme, un squirrhe, un lipôme, ou une loupe à large base occupait un grand espace dans le vagin, et prolongeait ses racines jusqu'à la vessie, au rectum ou à la matrice? Ferait-on l'extirpation complète ou partielle de ces tumeurs, ou bien en viendrait-on à la section du pubis ou à l'opération césarienne? Les avis sont loin d'être d'accord sur une question aussi délicate. Il n'y a donc que la prudence et le discernement des hommes de l'art les plus habiles et les plus expérimentés, qui puissent fixer le choix de la méthode opératoire dans de pareilles circonstances, heureusement aussi rares qu'épineuses et embarrassantes.

Un calcul urinaire très-volumineux vient-il à s'engager sous la tête de l'enfant, et l'empêche-t-il de franchir le bassin, comme Planque et Lauverjat disent l'avoir observé; le premier soin de l'accoucheur doit être de repousser la tête, et de ranger le calcul de côté, afin qu'il ne s'oppose plus à l'accouchement. Mais ce corps est-il à la vulve, et la tête, descendue depuis long-temps, est-elle dans l'impossibilité de remonter à travers le détroit supérieur, il

ne reste plus qu'une ressource : c'est d'inciser la vessie et la partie antérieure du vagin sur le calcul, dont l'extraction est devenue indispensable.

Enfin, quand l'orifice utérin est trop étroit ou complètement fermé, il faut l'ouvrir avec l'instrument tranchant, aussitôt que le travail de l'accouchement est bien décidé. De même, si, à cette époque, le col, devenu squirrheux, et pour ainsi dire cartilagineux, présentait trop de dureté, de sécheresse et de rigidité, ce serait en vain qu'on en attendrait la dilatation convenable, et la matrice se consumerait plutôt en efforts impuissans qu'elle n'expulserait l'enfant. Il faudrait donc nécessairement inciser le col pour en vaincre la résistance, après avoir toutefois administré les moyens les plus propres à le relâcher, tels que la saignée, les bains, les fomentations, les injections et les fumigations émollientes. C'est là ce qu'on appelle vulgairement l'opération césarienne vaginale, et voici de quelle manière on y procède. On introduit dans le vagin le dilatatoire à trois branches, ou simplement le doigt indicateur de la main droite, comme le conseille le célèbre Sabatier. Ce doigt sert de conducteur à un bistouri, dont la lame est garnie de linge jusqu'à un demi-pouce environ de sa pointe; celle-ci doit être mousse, arrondie et bien tranchante. On l'insinue à plat sous le col de la matrice, on en tourne le dos vers la tête de l'enfant, et on incise de dedans en dehors, selon divers sens, mais plutôt à droite et à gauche qu'en arrière, l'espèce de bourrelet qui entoure l'orifice. On inciserait, au contraire, de dehors en dedans, avec beaucoup de précaution, s'il s'agissait de pratiquer une ouverture artificielle sur le corps de la matrice, comme dans le cas publié par Lauverjat, où l'on cherchait en vain l'orifice de ce viscère sur une femme en travail. L'absence ou la rareté de vaisseaux au col utérin, rassure sur le danger de l'hémorrhagie après l'opération; si cet accident survenait, un tampon de charpie, trempé dans une liqueur astringente, telle que l'eau froide, ou l'oxycrat, et maintenu quelque temps à l'extrémité supérieure du vagin, arrêterait facilement le cours du sang.

SECTION II.

Des indications que présente l'étroitesse du bassin, quand elle rend l'accouchement impossible.

Il ne s'agit point ici de cette étroitesse relative du bassin, qui dépend de la mauvaise situation de l'enfant, et qui n'exige d'autre opération que celle de la main sans le secours des instrumens; nous ne parlons que de l'étroitesse absolue qui peut tenir à l'irrégularité des os du bassin, à quelque vice de leur jonction, ou à une exostose interne. Ce défaut de conformation, un des effets les plus immédiats et les plus ordinaires du vice rachitique, ne rend pas toujours l'accouchement si difficile, qu'on ne puisse se dispenser d'appliquer des instrumens tranchans sur le corps de la femme. On n'est réduit à cette extrémité que lorsque l'étroitesse du bassin

est excessive. Mais comment fixer le terme au-delà duquel on ne peut plus compter sur les ressources de la nature, ni sur le secours de la main, ou de ces instrumens salutaires qui agissent sur le corps de l'enfant sans lui donner la mort? C'est là ce qui fit long-temps un sujet de controverse parmi les accoucheurs; et il faut convenir que cette question, quand on l'examine de sang-froid et de bonne foi, n'est pas aussi facile à résoudre qu'on pourrait le penser, au moins quant à la pratique. Le point essentiel est de déterminer le rapport exact du bassin avec la tête de l'enfant. Or, comment évaluer la mesure de ces deux termes de comparaison? D'abord, où est le pelvimètre assez juste, où est le doigt assez subtil et assez exercé, pour calculer sans erreur l'étroitesse du bassin, soit qu'elle en affecte les détroits ou l'excavation, soit qu'elle en abrége les diamètres sacro-pubien, transversal ou oblique? Dans tous les traités d'accouchemens, on parle de l'examen du bassin comme d'une chose qui n'offre presque pas de difficulté. Il semble qu'il n'y ait qu'à promener la main sur les hanches de la femme, à les renfermer entre les branches d'un compas, ou à introduire le doigt indicateur dans le vagin, pour vérifier la bonne ou mauvaise conformation de la filière que l'enfant doit traverser en venant au monde. Mais nous osons assurer ici, sans craindre d'être démenti, que les plus grands maîtres ont été souvent fort embarrassés pour prononcer sur un objet aussi délicat; et dans une consultation où d'habiles accoucheurs étaient rassemblés en assez grand nombre, nous avons été fort surpris de n'en pas trouver seulement deux qui fussent d'accord sur les dimensions du bassin qu'il s'agissait d'examiner. Où était donc alors cette grande facilité qu'on s'attend à trouver dans la pratique, en lisant certains ouvrages?

Mais supposons qu'on ait apprécié la défectuosité du bassin; le problème n'est point résolu pour cela. On n'a satisfait qu'à la première des conditions proposées, et la seconde, qui n'est pas moins nécessaire, reste à déterminer. Il faut encore constater le volume et la mollesse de la tête, et surtout le rapport de la voûte osseuse du crâne avec sa base; ce qui est de toute impossibilité pendant que l'enfant est renfermé dans la matrice, où l'on ne peut en toucher qu'une très-petite étendue.

D'ailleurs, si nous voulions prouver, sans réplique, la difficulté ou l'impossibilité d'estimer le rapport du bassin avec la tête de l'enfant, nous n'aurions qu'à faire le relevé de toutes les femmes à qui l'on a tranché la symphyse du pubis, ou fait l'opération césarienne. Combien n'en trouverions-nous pas dont l'autopsie cadavérique a dévoilé les plus grossières et les plus funestes erreurs? Nous pourrions en citer quelques-unes qui étaient accouchées avant, ou qui sont accouchées depuis l'opération de la symphyse, conformément au vœu de la nature: ce qui est, sinon une preuve, du moins une grande probabilité qu'on s'était mépris sur la conformation de leur bassin, ou de la tête de leurs enfans. A tous ces exemples, nous pourrions ajouter celui d'une femme dont nous

avons déjà parlé, et qui accoucha naturellement dans notre amphithéâtre, il y a vingt-cinq ans, après avoir été condamnée au couteau césarien par celui qui tenait alors le sceptre de l'art en France. Qu'on se fie, après cela, à l'exactitude des pelvimètres et à la dextérité du doigt explorateur !

Quoi qu'il en soit de ces réflexions, l'expérience a démontré que le bassin de la femme, dans l'état de bonne conformation, avait quatre pouces de large d'avant en arrière, tandis que la tête de l'enfant n'a le plus communément que trois pouces et demi d'une bosse pariétale à l'autre. D'où il suit que le bassin pourrait avoir demi-pouce de moins, sans cesser d'être bien conformé, la tête restant la même; et que celle-ci, au contraire, pourrait avoir demi-pouce de plus, sans être arrêtée par le bassin, s'il conservait sa largeur naturelle. Voilà donc les termes où se fixe la bonne conformation de l'un et de l'autre. Mais comment se terminent les accouchemens où le bassin de la femme et la tête de l'enfant s'éloignent de leur structure et de leurs proportions naturelles? c'est ce qui va faire l'objet des considérations suivantes.

Si l'on mesure comparativement un grand nombre de têtes et de bassins pris au hasard, il est de fait que parmi les premières, on en trouve beaucoup plus au-dessous qu'au-dessus de trois pouces et demi d'une bosse pariétale à l'autre; tandis que parmi les seconds, il y en a beaucoup plus au-dessus qu'au-dessous de cette dimension prise du pubis au sacrum. Réciprocité admirable! compensation avantageuse, qui doit aplanir ou lever une foule de difficultés par rapport à l'accouchement! Mais la sagesse et la prévoyance de la nature ne paraîtront pas moins éclatantes, si l'on considère d'une part les différens degrés de mollesse de la tête qui lui permettent de se mouler à la filière du bassin, et de l'autre, la direction oblique que la base du crâne suit pour s'y engager. C'est sans doute à cette heureuse combinaison qu'on doit attribuer en grande partie ces accouchemens rares, disons mieux, ces merveilleux prodiges où les femmes se sont débarrassées presque sans secours, d'enfans viables et à terme, quoique leur bassin n'eût à son entrée que deux pouces et demi dans le sens du diamètre sacro-pubien. Toutefois, on serait dans l'erreur, si l'on regardait ce degré de difformité pelvienne comme la limite où finit la puissance de la nature, et où commence le domaine de l'art. On conçoit, et l'expérience ne l'a que trop souvent attesté, que nombre de femmes peuvent se livrer à d'inutiles efforts en accouchant, et réclamer le secours de la main, ou des instrumens, même tranchans, lorsque leur bassin est entre trois pouces et demi et deux pouces et demi.

En général les accoucheurs n'ont jamais fait assez d'attention aux dimensions de la tête du fœtus, ni à la structure, ni à l'obliquité de sa base par rapport au détroit supérieur; et en cela ils ont eu tort, puisque c'était une des deux conditions essentielles du problème à résoudre. Mais aussi qu'est-il résulté de cette négligence? Qu'on n'a enseigné et écrit jusqu'ici que des choses fort vagues sur un point de pratique qu'il serait si important de déci-

der. On se demande encore, et on se demandera peut-être long-temps, quels sont les cas où l'opération césarienne et la section du pubis sont nécessaires pour terminer l'accouchement. En théorie, ou, pour mieux dire, en hypothèse, rien de plus facile que de répondre à cette question. Mais en pratique, elle présente des difficultés qui doivent faire trembler tout praticien honnête et délicat.

Une preuve qu'il n'y a presque rien de décidé sur la conduite à tenir dans le cas de mauvaise conformation du bassin, c'est qu'on n'est point d'accord sur les moyens qui conviennent alors, pour suppléer à l'impuissance de la nature, à moins que l'étroitesse ne soit portée à un degré extrême.

Les uns ont proposé l'extraction de l'enfant par les pieds; et il faut convenir que cette ressource doit paraître la plus naturelle et la plus douce aux yeux du vulgaire, qui a horreur des instrumens; mais l'accoucheur instruit n'ignore pas que cette manœuvre est dangereuse pour la mère et pour l'enfant, lors même que le bassin est bien conformé. Que doit-il donc en espérer, lorsque ce canal s'éloigne de sa structure naturelle, surtout lorsque l'étroitesse en est excessive?

D'autres ont conseillé l'application du forceps pour éviter les inconvéniens ou désordres que peut entraîner l'extraction des pieds, tels que le tiraillement de l'enfant, la distension de la colonne rachidienne, la luxation du cou ou de la tête, même la détroncation, ainsi que le froissement et la contusion des parties génitales de la mère; mais on sait que cet instrument n'est jamais plus utile que dans les cas où le bassin est bien conformé; lorsqu'il est vicié, au contraire, on n'a point encore décidé d'une manière rigoureuse le terme où il cessait d'être utile et salutaire pour devenir dangereux, même meurtrier. D'ailleurs, que peut-on en attendre lorsque la base du crâne, qui est incompressible, excède la largeur du bassin?

Il serait inutile, même absurde, d'examiner quels secours on peut tirer du crochet et des autres instrumens, qui tuent indubitablement l'enfant, puisqu'il s'agit ici de le sauver, ou de l'extraire vivant du sein de la mère.

Parlerons-nous du régime diététique que l'on a eu la simplicité de prescrire à la femme, comme un moyen de diminuer le volume de l'enfant pendant la grossesse? Mais le praticien éclairé est loin de partager là-dessus l'opinion ou plutôt l'erreur du vulgaire; il se garde bien d'estimer l'accroissement de l'enfant d'après la quantité et la qualité des alimens que l'on donne à la mère. L'expérience n'a que trop souvent démontré que des femmes élevées au milieu de l'abondance, et nourries des substances les plus exquises, sont accouchées d'enfans maigres, délicats ou valétudinaires; tandis que d'autres, nées dans la misère, presque épuisées de faim et de fatigue, ou consumées par des maladies, ont donné le jour à des enfans très-gros et très-brillans de santé.

Le moyen le plus capable de faire illusion, même aux gens de l'art, est l'accouchement prématuré, par lequel on espère sous-

traire la femme à des opérations plus ou moins dangereuses. Mais sans parler ici de l'attentat commis envers les lois divines et humaines, on peut hardiment assurer que cette ressource est non-seulement incertaine et peu conforme aux principes de l'art, mais encore pleine de dangers pour la mère et l'enfant. D'abord, comment s'assurer de l'époque où il faut provoquer l'accouchement prématuré, puisque la tête étant incommensurable dans la matrice, il est impossible d'en assigner le rapport exact avec le bassin? En outre, l'accouchement prématuré dont il est question ici serait l'effet de manœuvres artificielles et outrées, on ne pourrait donc en attendre le même résultat que de l'accouchement naturel qui arriverait à sept ou à huit mois, même plus tôt, et après lequel les enfans auraient continué de vivre. Enfin, on ne peut se dissimuler les dangers et les maux auxquels on exposerait la femme dont la matrice, plus ou moins violentée, serait forcée de commencer et de terminer brusquement un travail auquel elle ne doit se disposer que lentement, et pendant plus ou moins de temps.

Mais il est permis, dira-t-on, de provoquer l'accouchement prématuré quand il survient une hémorrhagie qui menace les jours de la femme; pourquoi donc n'aurait-on pas recours à ce moyen pour la sauver, quand l'étroitesse du bassin rend l'accouchement impossible? Vaine subtilité! pitoyable analogie! Il est incontestable que le danger de la femme, dans un cas de perte ou d'hémorrhagie, est des plus graves, et que l'accouchement prématuré est alors le moyen le plus efficace pour l'empêcher de périr. Mais il s'en faut bien qu'une femme enceinte soit vouée à une mort certaine pour avoir le bassin trop resserré. D'ailleurs, s'il en était ainsi, l'accouchement prématuré ne serait une ressource ni plus sûre, ni moins dangereuse pour l'arracher à sa malheureuse destinée, que la section du pubis, ou l'opération césarienne, dont nous allons parler.

SECTION III.

De la section du pubis, vulgairement appelée opération sigaultienne.

Nous n'avons que très-peu de chose à dire sur l'origine et l'histoire de cette opération. Il paraît certain qu'elle avait été comme pressentie par Galien, qu'elle ne fut cependant proposée que par Séverin Pineau, environ quatorze siècles après, et qu'enfin elle n'a été adoptée et exécutée pour la première fois que par Sigault, il y a près d'une cinquantaine d'années. Toutefois il paraît bien étonnant que cette ressource de l'art, si c'en est une, ait été si long-temps cachée et perdue pour l'humanité, après avoir été en quelque sorte indiquée par l'analogie. Comment se fait-il qu'on ait reconnu en quelques cas la nécessité de diviser les parties molles avec l'instrument tranchant, pour remédier à l'imperforation du conduit utéro-vulvaire; qu'on ait observé l'écartement naturel et spontané des symphyses en ouvrant les cadavres de quelques femmes mortes en couches ou vers la fin de la grossesse; qu'on ait eu recours aux émolliens, sous différentes formes, pour produire

le même effet sur la femme vivante ; qu'enfin on ait tenté et même opéré la rétropulsion ou la luxation du coccix, lorsqu'il s'opposait à la sortie de la tête, sans songer à trancher la symphyse du pubis, pour agrandir artificiellement le bassin ? Est-ce que les gens de l'art qui se sont livrés à la pratique des accouchemens, et parmi lesquels il s'en est trouvé de très-judicieux et de très-savans, auraient reconnu l'inutilité de cette opération dans le cas où l'étroitesse du bassin serait excessive?

Une grande présomption contre la section du pubis, et contre les avantages qu'on lui attribuait, présomption de laquelle il n'est pas facile de se dépouiller, quelque impartialité qu'on affecte d'ailleurs, c'est qu'elle a beaucoup perdu de sa vogue et de cette espèce de crédit qu'elle avait acquis pour ainsi dire en naissant, et pendant la courte durée de sa nouveauté. On dirait même qu'elle est presque tombée en désuétude et dans une sorte d'oubli, tant le nombre de ses partisans est devenu rare de nos jours. On ne trouve plus de ces esprits fougueux, qui osent préconiser, comme l'unique moyen de sauver toutes les femmes contrefaites, une opération à laquelle le bon sens, la raison et l'expérience ont assigné des bornes et des exceptions.

Notre intention n'est point de retracer ici le long tableau de tout ce qui a été dit pour et contre la symphysiotomie. Ce travail, outre qu'il excéderait notre patience, aurait encore l'inconvénient d'ennuyer le lecteur, sans le dédommager de la perte de son temps par une utile instruction. Qu'on s'imagine deux partis en présence qui se font une guerre de plume, qui se battent ou se disputent souvent sans trop s'entendre, qui, aux bonnes ou mauvaises raisons dont ils cherchent à faire valoir leur cause respective, ajoutent le plus souvent des injures grossières sans la rendre meilleure, qui, enfin, sont obligés de se séparer et d'abandonner l'arène sans avoir presque rien décidé ; et l'on aura une idée abrégée, mais exacte, de la fameuse querelle qui divisa trop long-temps les césariens et les symphysiens.

On doit juger par là que nous ne sommes point décidé à nous ranger sous les enseignes de ceux qui regardent la section du pubis comme un moyen unique et exclusif de secourir la femme en travail, quelle que soit la mauvaise conformation de son bassin. Nous n'adopterons pas non plus le sentiment de ceux qui s'obstinent à la rejeter dans tous les cas, comme très-grave, accompagnée de dangers et infructueuse. Nous prendrons donc un parti moyen, et persuadé que la vérité est toujours loin des extrêmes, nous dirons que cette opération peut être utile ou avantageuse dans quelques circonstances, quoiqu'il soit très-difficile, pour ne pas dire impossible, de les déterminer dans la pratique.

Telle est aussi, du moins à peu près, l'opinion qui a paru la plus raisonnable à Baudelocque et au docteur Gardien, les derniers auteurs qui aient le plus longuement écrit sur la section du pubis. Mais nous croirions manquer à la justice, et surtout au caractère de franchise que nous avons résolu d'imprimer à cet

ouvrage, si nous n'exposions la différence que nous avons trouvée dans leurs écrits et dans les motifs qu'ils allèguent l'un et l'autre : différence qui a dû nécessairement en occasioner une dans leurs résultats et leurs décisions. Au reste, nous écrivons ici sans passion comme sans partialité. Le premier des auteurs dont nous allons discuter l'opinion, fut un de nos maîtres, et l'autre est notre confrère et notre ami. Mais le respect que la mémoire de l'un commande, et les égards que l'autre mérite, en nous interdisant tout esprit de critique, doivent nous laisser au moins la liberté de dire notre façon de penser et de choisir entre deux partis celui qui nous paraît le plus vraisemblable.

Revenons à notre objet. Baudelocque commence par rendre compte des expériences qu'il a faites lui-même sur le cadavre, en présence de plusieurs chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Paris, pour rechercher le degré d'ouverture que la section de la symphyse des os pubis devait procurer au bassin, et les accidens qui devaient suivre cette opération sur la femme vivante. Il résulte de ces expériences, qu'au lieu de deux pouces et demi d'écartement, que certains partisans de la nouvelle opération assuraient avoir obtenus sans efforts et sans dangers, sur la femme vivante, il n'a pu obtenir, à l'instant de la section, qu'un écartement de trois à six lignes, lequel on n'a ensuite porté à deux pouces et demi qu'après avoir fait décrire aux cuisses un angle droit avec le tronc, ou la forme de la lettre T, et après avoir écarté les hanches en sens opposés. Mais alors le périoste s'est soulevé et les ligamens antérieurs se sont déchirés vers les symphyses sacro-iliaques, qui se sont entr'ouvertes elles-mêmes, au point d'admettre quelquefois l'extrémité du doigt, et même du pouce. Ces délabremens ont été constamment observés et ont paru plus ou moins considérables, selon la forme du bassin, la souplesse des symphyses et l'écartement des os pubis ; en sorte qu'on a remarqué aussi différens degrés dans l'élargissement du bassin, considéré du sommet de la saillie sacro-vertébrale à l'angle sus-pubien, et dans l'accroissement de ses dimensions. Le diamètre transversal du détroit supérieur s'est toujours augmenté beaucoup plus que celui du détroit inférieur, et l'un et l'autre beaucoup plus encore que le diamètre antéro-postérieur respectif. L'élargissement de l'arcade du pubis à sa partie supérieure a presque toujours égalé l'écartement des os ; enfin, le petit diamètre du détroit supérieur, qui met le plus constamment obstacle à l'accouchement, n'a paru s'accroître que de quatre à six lignes par l'écartement de deux pouces et demi de la part des os pubis.

Tel est le résultat des expériences cadavériques que Baudelocque avait entreprises pour apprécier les avantages de la symphysiotomie ; et il en avait conclu, avec raison, que cette opération, eût-elle augmenté le petit diamètre du détroit supérieur d'un demi-pouce, ce qui n'arrive pas toujours, ne pouvait faire cesser, dans tous les cas, la disproportion du bassin avec la tête de l'enfant. En effet, quelle utilité pourrait-on en retirer lorsque la

largeur du bassin ne serait que de deux pouces, de quinze lignes, d'un pouce, ou seulement de six lignes, comme on cite des exemples?

Mais cette conclusion, qui devrait suffire pour convaincre tout homme impartial, et pour ramener les symphysiens, même les plus obstinés, dans le sentier de la raison, notre auteur l'avait appuyée de preuves innombrables et sans réplique; c'est à lui que nous devons un excellent et précieux recueil de presque tous les faits qui n'ont que trop malheureusement attesté les dangers de la symphysiotomie sur la femme vivante, à une époque où presque tous les accoucheurs en délire s'empressèrent à l'envi de pratiquer cette opération, et de persuader au public que le plus habile d'entre eux était celui qui maniait le mieux le couteau symphysien. Il faudrait avoir une ame de bronze pour ne pas s'attendrir sur le sort des victimes qui furent immolées à l'erreur ou à l'enthousiasme d'un moment; et certes, ou nous nous trompons bien, ou le récit de cette sanglante scène ne fera jamais honneur à l'histoire de l'art. Là, ce sont des femmes auxquelles, par le plus criminel abus de tous les principes, on tranche impitoyablement la symphyse, quoiqu'elles ne fussent pas dans l'impossibilité absolue d'accoucher naturellement. Les unes avaient été déjà mères de plusieurs enfans avant cette opération, et les autres le sont devenues depuis sans le secours de l'art. Ici, ce sont des malheureuses qui, après s'être laissé fendre le bassin, ont la douleur de voir expirer leurs enfans au milieu des efforts que nécessite leur extraction; et quelques-unes sont ensevelies dans le même tombeau, ou ne leur survivent de quelques jours que pour être en proie aux plus vives angoisses. Presque partout on voit que cette opération a été abusive, inutile ou meurtrière; et dans ce dernier cas, on ne peut s'empêcher de frémir à l'aspect des désordres que l'autopsie du bassin a manifestés. Écartement des symphyses sacro-iliaques, soulèvement du périoste, et déchirure des ligamens qui les recouvrent ou les fortifient, dépôts sanieux, ichoreux ou purulens qui inondent les fosses iliaques et l'excavation du bassin, telles furent les suites de cette opération, dont quelques novateurs s'empressèrent de publier les bienfaits, et à laquelle on crut d'abord qu'était attaché le salut des femmes mal conformées. En deux mots, si la section du pubis a eu quelques succès, ce n'a été que sur des femmes qui pouvaient accoucher naturellement, et qu'il était par conséquent inutile de soumettre à ce nouveau genre de mutilation; lorsqu'on a voulu la pratiquer sur celles dont l'accouchement était impossible par les voies naturelles, on a presque toujours vu périr la mère et l'enfant, ou au moins l'un des deux. Sur quarante et une femmes qui ont été opérées, dit Baudelocque, quatorze ont succombé, et vingt-sept seulement ont été conservées. A la vérité, parmi les premières, quelques-unes paraissent avoir été moins victimes de l'opération que du retard qu'on avait mis à la faire, et de l'emploi de beaucoup de moyens qui avaient pu en empêcher le succès. Mais aussi parmi les dernières un bien plus grand nombre avaient eu précédemment un ou plusieurs enfans,

dont les unes étaient accouchées naturellement, et les autres au moyen du forceps ou de la main seule; un plus grand nombre encore, depuis l'opération, ont été délivrées de même : preuve que leur bassin était moins défectueux qu'on ne pensait. Quant aux enfans, treize seulement sont venus vivans, et vingt-huit sont nés morts, ou n'ont donné que des signes de vie très-équivoques.

Malgré ce recensement ou plutôt cette espèce de nécrologie, qui n'est rien moins que favorable à la symphysiotomie, Baudelocque n'était pas éloigné de l'admettre et de lui accorder quelquefois la prééminence sur l'opération césarienne; mais c'était seulement lorsque le petit diamètre du détroit supérieur était au-dessus de deux pouces et demi, parce qu'au-dessous de ce degré de resserrement, elle n'avait eu jusqu'alors aucun succès. Il différait en cela du docteur Gardien, qui paraît en avoir conçu une idée beaucoup plus avantageuse, comme il nous reste à le faire voir en analysant le complément des connaissances qu'il a publiées sur cette opération.

D'abord, il est bon d'observer que ce dernier auteur n'a point écrit, comme l'avait fait Baudelocque, d'après sa propre expérience, mais d'après celle d'autrui. Il fait très-bien sentir que les résultats variés de l'autopsie cadavérique concernant l'écartement des os pubis peuvent dépendre de plusieurs causes, telles que la différence d'âge, le temps qu'on laisse écouler après la mort, les différentes époques de la grossesse ou des couches, l'infiltration ou la sécheresse des symphyses sacro-iliaques, la précaution ou l'oubli de mettre le cadavre dans le bain, pour assouplir ces parties, enfin la soudure de l'un des os coxaux avec le sacrum. Ensuite il choisit et cite, parmi des expériences multipliées, celles qui ont été faites par Giraud et Ansiaux, deux praticiens d'un mérite distingué. Le premier offrit, il y a quelques années, à la Société de Médecine, un bassin dont le petit diamètre était de trois pouces. A un pouce d'écartement interpubien, ce diamètre s'accrut de deux lignes; à deux pouces, de quatre lignes; à trois pouces, de huit lignes; à quatre pouces, de douze lignes, et, ce qu'il y a de plus merveilleux, sans la moindre rupture des ligamens sacro-coxaux. Le second avait aussi préparé un bassin dont le petit diamètre, qui n'était naturellement que de deux pouces et un quart, s'accrut de six lignes, par un écartement de trois pouces entre les os pubis. De ces deux pièces anatomiques, le docteur Gardien conclut, 1° que trois pouces d'écartement entre les os pubis augmentent le petit diamètre du détroit supérieur de six à huit lignes; 2° que l'écartement des os pubis, porté au-delà du terme ci-dessus, fait croître le même diamètre dans une plus grande proportion; 3° enfin, que l'accroissement de ce diamètre est d'autant plus grand, que le bassin est plus vicié.

Tels sont les principes que le docteur Gardien établit pour prouver que la section du pubis peut faciliter le passage d'une tête ordinaire, ou dont la largeur est de trois pouces et demi, à travers un bassin dont le diamètre sacro-pubien n'a que deux pouces. Il s'agit donc ici de gagner un pouce et demi, quantité dont la largeur de la tête excède celle du bassin. Or, suivons bien le raisonnement de

notre confrère, et voyons comment il triomphe de l'obstacle contre lequel la nature est impuissante. Le bénéfice de la symphysiotomie, dit-il, tient beaucoup à l'allongement du diamètre antéro-postérieur du bassin, mais encore plus à la précaution d'engager une des bosses pariétales dans l'espacc qui se trouve entre les deux pubis écartés, et de faire passer l'autre au-devant de l'une des symphyses sacro-iliaques. C'est ainsi que d'un côté, par l'allongement du diamètre pelvien, on gagne six ou huit lignes, et que, d'un autre côté, le raccourcissement du diamètre transverse de la tête, à cause de sa situation diagonale, peut être évalué à cinq ou six lignes pour chacune de ses extrémités, c'est-à-dire à l'épaisseur des deux bosses pariétales, parce que l'une se trouve hors de la cavité pelvienne, tandis que l'autre se présente au-devant d'une échancrure ischiatique; ce qui donne en tout environ un pouce et demi, et non environ un pouce et un quart, comme le dit le docteur Gardien. Pourquoi ne pas porter l'exactitude du calcul jusqu'à la rigueur, puisque la force du raisonnement l'exige?

Voilà donc une tête de volume ordinaire qui passe à travers un bassin dont la disproportion ou défectuosité est d'un pouce et demi. Quel prodige! mais ce n'est pas tout : le bienfait de la symphysiotomie ne se bornerait pas encore là, en suivant toujours les principes du docteur Gardien; car, suivant lui, le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur s'allonge d'autant plus que le bassin est plus vicié. Donc, en supposant l'étroitesse au-dessous de deux pouces, en la portant, par exemple, à un pouce et demi, à un pouce, même à six lignes, on pourrait peut-être espérer d'y faire passer la tête, pourvu qu'on eût la précaution de la faire présenter diagonalement, comme il le recommande. Donc, à l'aide de cette induction, on finirait par prouver non-seulement que l'opération de la symphyse convient dans quelques cas, mais encore qu'elle mérite toujours la préférence sur tout autre procédé, quelle que soit la mauvaise conformation du bassin Qu'on juge après cela de cette manière de raisonner!

Mais parlons d'une manière plus directe. De bonne foi, le docteur Gardien croit-il qu'il soit aussi facile qu'il le dit d'exécuter, après la symphysiotomie, la manœuvre sur laquelle il fonde en grande partie les avantages de cette opération? Lorsque le bassin est excessivement vicié, comme on le suppose ici, ne trouve-t-on aucun obstacle à faire rouler la tête, qui est plus ou moins engagée, et plus ou moins serrée par la matrice, à lui donner une situation diagonale, et à engrener l'une de ses bosses pariétales entre les os pubis? Tout cela peut paraître possible, même facile en théorie; mais nous sommes fort éloigné de penser qu'il en soit de même en pratique, et bien des accoucheurs seront certainement de notre avis. Nous allons encore plus loin; nous osons assurer que, sur un million d'enfans qu'on extrairait ainsi, après avoir tranché la symphyse du pubis, lorsque la largeur du bassin est au-dessous de deux pouces et demi, on n'en sauverait peut-être pas un seul, à part même le danger que courraient les mères. D'ailleurs, comment le

docteur Gardien conçoit-il cette engrenure de l'une des bosses pariétales dans l'écartement interpubien? ou comment peut-il la concilier avec la position diagonale de la tête? De deux choses l'une : ou la tête s'engrène par l'une des bosses pariétales entre les os pubis; et alors l'autre passe devant la saillie sacro-vertébrale, ce qui s'oppose à sa position oblique ou diagonale; ou bien la tête traverse le détroit supérieur diagonalement; et alors l'une des bosses pariétales ne peut s'engrener dans l'écartement des os pubis. Cette prétendue engrenure et cette obliquité de la tête impliquent donc une sorte de contradiction, ou sont incompatibles l'une avec l'autre. Quant à nous, il nous est absolument impossible d'en concevoir l'existence simultanée. Enfin, quelque confiance que puissent mériter les expériences de Giraud et Ansiaux, sur lesquelles le docteur Gardien a fondé sa théorie, il nous sera permis, sinon de nier formellement, du moins de révoquer en doute qu'une ouverture de trois pouces puisse avoir lieu entre les os pubis de la femme vivante, sans le moindre délabrement des symphyses sacro-iliaques. Qu'on prenne tant de précautions qu'on voudra pour modérer la séparation de ces os, et pour l'empêcher d'être trop brusque, toutes les connaissances physiologiques nous font encore appréhender le soulèvement du périoste et la déchirure des ligamens qui fortifient l'union du sacrum avec les os des hanches. Le docteur Gardien cite quelques expériences cadavériques; mais que prouvent-elles contre l'autopsie d'un grand nombre de femmes mortes, après avoir été désymphysées, et dont le bassin offrait des désordres effroyables? Dira-t-on que la souplesse des symphyses en prévient la déchirure sur la femme vivante? Mais les physiologistes nous enseignent que tous les organes sont doués de contractilité durant la vie, et nous sommes porté à croire que cet état s'élève jusqu'au plus haut degré de tension, d'éréthisme et de rigidité, chez une malheureuse mère que la frayeur rend presque muette avant l'opération, et que la douleur irrite pendant qu'elle est sous le tranchant du couteau symphysien, et sous la puissance des mains, qui, cramponnées sur ses hanches, les tirent en sens contraires pour les entr'ouvrir.

Nous conclurons donc, d'après l'examen des connaissances publiées par le docteur Gardien sur la symphysiotomie, qu'elles sont loin de nous en avoir inspiré une opinion aussi avantageuse qu'à lui-même. Nous persistons encore à n'admettre cette opération que dans les cas où le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur a plus de deux pouces et demi, parce que des faits nombreux en ont démontré les dangers au-dessous de ce terme d'étroitesse. Peut-être qu'un jour, moins timide et moins réservé, nous serons forcé d'en reconnaître des avantages beaucoup plus étendus; mais ce ne sera jamais sur la foi de quelques raisonnemens théoriques, que nous savons être des instrumens plus subtils que le couteau du plus adroit des symphysiens.

SECTION IV.

De l'opération césarienne.

Il s'en faut bien que l'histoire de cette opération soit aussi connue que celle de la symphysiotomie. Les auteurs ne sont point d'accord sur son origine, qui se perd dans la nuit des temps les plus reculés. Cependant, si on la considère spécialement comme un moyen de sauver la femme vivante, lorsqu'elle ne peut accoucher naturellement, elle ne paraît remonter qu'à la fin du quinzième siècle, environ quatre-vingts ans avant que Rousset publiât son Traité de l'Hystérotomie. Ce fut à peu près l'époque où, selon Gaspard Bauhin, elle fut pratiquée aussi par un châtreur qui, impatient de voir accoucher sa femme, dont le travail avait été fort long et infructueux, eut l'étrange humanité de lui ouvrir le ventre pour la débarrasser plus promptement. Si l'on ne voit, au contraire, dans cette opération qu'une ressource de l'art pour sauver l'enfant après la mort de la mère, rien de plus difficile que d'assigner celui qui, le premier, dut la vie au couteau césarien. Il est certain que ce ne fut point César, dont le père et le grand-père avaient porté le même nom joint à celui de Jules, et dont la mère, au rapport de Suétone, vivait encore lorsque ce conquérant porta la guerre chez les Bretons. D'ailleurs, une loi enjoignait de pratiquer cette opération pour sauver l'enfant, au temps même de Numa, second roi de Rome. Si l'on en croit la fable, Apollon retira Esculape vivant du sein de sa mère; Lycas, selon Virgile, naquit de la même manière; enfin, on met encore un Hermès Trismégiste au nombre de ceux qui jouirent d'un si rare bonheur.

Quoi qu'il en soit, l'opération césarienne consiste à inciser le ventre et la matrice de la femme pour ouvrir une issue à l'enfant, dont la naissance est physiquement impossible par les voies naturelles. C'est donc, pour ce dernier, le plus doux et le plus sûr moyen de terminer l'accouchement, puisqu'on le met à l'abri des dangers qui le menacent dans toutes les autres méthodes, même les plus simples. Mais il n'en est pas ainsi de la mère, pour laquelle les suites de cette opération sont toujours redoutables. L'hémorrhagie, dont la source peut provenir, soit des sinus utérins qui se rendent au placenta, soit des artères latérales de la matrice, que l'hystérotome ne peut toujours éviter; l'inflammation de ce viscère, du péritoine et de l'intestin; la suppuration, la gangrène, l'épanchement des lochies dans l'abdomen; des hernies consécutives ou des éventrations plus ou moins considérables; telle est la somme des accidens qui paraissent inséparables de l'opération césarienne, et qui empêchèrent autrefois Mauriceau et Delamotte de la pratiquer avant la mort de la femme.

Il faut néanmoins convenir que la conduite de ces deux célèbres accoucheurs, quelque humaine qu'elle parût à leurs contemporains, n'était pas exempte de reproches; car il devait souvent leur arriver de sacrifier deux individus à la fois, tandis qu'avec un peu plus de fermeté ils auraient toujours pu en sauver un et quelquefois

tous les deux. D'ailleurs, s'ils avaient consulté les annales de l'art, qui sont les fidèles dépositaires de l'expérience, n'auraient-ils pas pu se convaincre que le récit des succès attribués, même de leur temps, à l'opération césarienne, n'était rien moins que fabuleux, et que, par conséquent, leurs craintes étaient exagérées ou mal fondées? Ce serait donc aujourd'hui se déclarer l'ennemi de la vérité ou refuser d'ouvrir les yeux à l'évidence, que de contester les avantages qu'on peut retirer de cette manière de terminer l'accouchement, lorsque toute autre ressource est insuffisante. Sans parler de la femme de Sonnius, médecin de Bruges, que son mari soumit, dit-on, sept fois au couteau césarien, il y en a beaucoup d'autres qui ont survécu à cette opération. Simon en a recueilli une soixantaine; Tenon en compte soixante-dix à l'Hôtel-Dieu de Paris depuis celle qui fut opérée par Gaspard Bauhin; Michel et Weideman en ont cité un assez grand nombre; Baudelocque rapporte que sur cent onze qui ont été opérées depuis le milieu du siècle dernier, quarante-sept ou quarante-huit ont été sauvées, ce qui fait plus d'une sur trois. Millot, Lauverjat, et tout récemment encore Bacqua, de Nantes, ont aussi obtenu des succès qu'on ne saurait révoquer en doute.

Il suit de là que l'opération césarienne, loin de ne jamais faire que des victimes, offre, au contraire, un moyen sûr de sauver toujours l'enfant et assez souvent la mère. Peut-être encore, lorsqu'elle a été mortelle pour celle-ci, devrait-on moins en accuser la lésion des parties intéressées que leur disposition morbifique, ou même celle de tout l'individu, telle que l'éréthisme et l'inflammation de la matrice, l'épuisement et l'abattement qui succèdent à un travail pénible, quand il devient en même temps trop long.

Ce serait donc une erreur bien préjudiciable à l'humanité, que de proscrire entièrement une opération qui compte tant de succès en sa faveur; et certainement la chirurgie s'est montrée bien plus sage dans les siècles éclairés, en se la réservant comme une ressource pour les cas où elle est indispensablement nécessaire. Mais quel est le degré d'étroitesse pelvienne où l'on ne peut plus espérer d'amener l'enfant en vie par la voie naturelle, et où par conséquent doit commencer cette indispensable nécessité? N'adoptera-t-on avec Levret d'autre règle pour cela que l'impossibilité d'introduire la main dans le vide du bassin, pour pénétrer ensuite dans la matrice, ou bien l'impossibilité absolue de l'en retirer, après avoir saisi l'un des pieds de l'enfant? Mais alors la question reste toujours indéterminée; car, ce qui serait difficile, même impossible pour une main d'une grosseur démesurée, pourrait bien devenir possible et même facile pour une autre qui serait plus délicate et plus effilée. Ajoutons à cela que la possibilité d'introduire la main dans le bassin et la matrice, même celle d'extraire l'enfant par les pieds, ne suppose pas toujours la possibilité de lui sauver la vie. La main la plus grosse, comme l'observe Baudelocque, traverse librement un bassin, dont l'entrée n'a que deux pouces et demi de largeur, et une plus petite pénètre également

dans la matrice quoique cette largeur ne soit que de deux pouces. Mais, à ces deux degrés d'étroitesse, combien d'enfans sauvera-t-on en les tirant par les pieds, s'ils sont à terme et d'une grosseur ordinaire? Pas un seul; et pourrait-on espérer d'en sauver davantage, si le bassin offrait seulement trois pouces moins un quart de diamètre, à moins que la tête, plus molle qu'à l'ordinaire, ne pût s'allonger et se mouler à la filière, ce qui paraît impossible par les seuls efforts de la main?

Aussi, la plupart des accoucheurs, convaincus de l'impuissance de la nature pour expulser l'enfant, et de l'insuffisance de la main et du forceps pour l'extraire en vie, lorsque le détroit supérieur a moins de deux pouces et demi, ont décidé que l'opération césarienne était alors indispensablement nécessaire. Ils ont même ajouté qu'au-dessous de deux pouces, elle était préférable à l'embryotomie ou au démembrement de l'enfant, quoiqu'il fût déjà mort dans la matrice. Il est vrai qu'alors on n'offre qu'un cadavre à la mère pour prix de sa résignation et de ses souffrances; mais l'art ne possède pas de moyen plus sûr de lui sauver la vie. A ce dernier cas, ne devrait-on pas assimiler celui où la femme serait enceinte d'un ou de plusieurs enfans monstrueux, qu'on ne pourrait démembrer dans son sein, sans la mettre en danger de périr? Nul doute, au moins, que l'opération césarienne ne soit bien indiquée, toutes les fois qu'une exostose du bassin ou une tumeur des parties molles dont il est revêtu, opposent un obstacle physiquement insurmontable à la nature, à la main ou au forceps. Au reste, cette décision des gens de l'art n'est rigoureuse qu'en théorie, comme nous l'avons déjà fait observer, et l'on sent bien que la pratique ne peut pas toujours la suivre comme une règle invariable et sans exception. Cela vient de ce qu'on mesure assez exactement les dimensions du bassin avec le doigt ou le pelvimètre, tandis qu'on ne peut jamais estimer d'une manière juste le volume ni la solidité de la tête. Or, si celle-ci est beaucoup plus petite et plus molle qu'à l'ordinaire, on conçoit qu'elle peut traverser un bassin très-étroit, même sans de grandes difficultés; et voilà sans doute la source de ces méprises qui ont fait condamner au couteau césarien des femmes dont l'accouchement s'est terminé par les seules forces de la nature.

Le précepte de pratiquer l'opération césarienne doit s'entendre non-seulement de la femme vivante et à terme, mais encore de celle qui est morte pendant le travail ou à une époque quelconque de la grossesse, pourvu que l'enfant soit censé viable ou seulement capable de recevoir le baptême. Mais, comme cette dernière condition est toujours indéterminée avant la naissance de l'enfant, on ne saurait l'extraire trop promptement de la matrice, sans avoir égard aux questions oiseuses que la médecine légale et la théologie ont élevées sur la viabilité du fœtus ou sur sa capacité de recevoir le sacrement. Il faut donc se conformer à la loi du sénat de Venise, qui ordonnait d'ouvrir le ventre d'une femme enceinte, ou réputée l'être, immédiatement après sa mort, avec autant de méthode que

si elle était encore vivante. C'est, en effet, le parti le plus prudent pour la mère et pour l'enfant, puisque leur mort, qu'on croit souvent réelle, peut n'être qu'apparente. Témoin la femme que Rigaudeaux accoucha, pour ainsi dire, sous le drap mortuaire, en 1743, et qui vivait encore trois ans après, ainsi que son enfant; témoin aussi la femme dont Peu, accoucheur distingué de Paris, ne reconnut la vie qu'en l'opérant, quoiqu'il eût cru s'assurer de sa mort par différentes épreuves antérieures. A la vérité, on ne peut se dissimuler qu'en suivant cette loi, on s'expose à opérer plusieurs femmes sans aucun fruit; mais, comme il n'y a point de danger pour elles, cet inconvénient est nul en comparaison de l'inhumanité qu'il y aurait de laisser périr un seul enfant, ou de l'ensevelir vivant dans le cadavre de sa mère. Si l'on peut se dispenser d'ouvrir le ventre de la femme après sa mort, c'est lorsque les voies naturelles sont assez dilatées pour permettre l'introduction de la main et l'extraction de l'enfant, comme dans l'observation rapportée par Rigaudeaux. On pourrait même dire qu'alors l'opération césarienne serait non-seulement inutile, mais encore dangereuse, supposé que la mort ne fût pas réelle : ce qui peut arriver, lorsqu'il s'agit d'une attaque de syncope, d'hystérie ou d'asphyxie. Dans tout autre cas, il vaut mieux, pour n'avoir rien à se reprocher, pratiquer l'opération aussitôt que la femme a rendu le dernier soupir, lorsqu'on la soupçonne d'être enceinte.

Mais en quel endroit du bas-ventre faut-il faire l'incision extérieure? Sur les côtés, ou sur la ligne blanche? Voilà une question sur laquelle on n'est pas d'accord. La méthode latérale est la plus ancienne, et celle qui offre le plus de variétés. Les uns conseillent de couper obliquement les parois abdominales, depuis l'extrémité cartilagineuse de la troisième côte asternale jusqu'au pubis; les autres proposent une incision semilunaire, et Levret veut qu'elle tienne exactement le milieu entre le bord externe du muscle droit ou sterno-pubien, et une ligne qui, de l'extrémité de la troisième côte asternale, aboutirait à l'épine supérieure de l'os des îles; peu importe, d'ailleurs, le côté de l'abdomen qu'on incise, à moins qu'il ne soit déterminé par des circonstances particulières. On convient néanmoins qu'il faut toujours préférer celui où s'incline le fond de la matrice, afin que ce viscère se présentant mieux à l'ouverture, empêche l'intestin et l'épiploon de s'échapper dans le premier moment. Nous ne parlons pas de la précaution que Levret recommandait à l'égard du placenta, parce que les signes d'après lesquels il prétendait en déterminer l'implantation, sont incertains.

Parmi les modernes, Mauriceau, Platner, Solayrès et la plupart de ses élèves, ont préféré de faire l'incision à la ligne blanche, soit parce qu'il y a moins de fibres charnues, soit parce qu'on y découvre plus facilement la matrice après l'ouverture. Baudelocque croit qu'il faut couper alors jusqu'à l'ombilic, et même au-dessus, pour inciser ensuite la matrice dans sa partie la plus élevée, et prévenir l'épanchement des lochies dans l'abdomen.

Enfin, Lauverjat, d'après les succès de quelques praticiens, a renouvelé l'incision latérale, mais il ne lui donne aucune des directions déjà proposées. Il veut qu'elle soit transversale et de cinq pouces de long, qu'elle ait plus ou moins d'élévation selon la hauteur de l'utérus, et qu'elle s'étende entre le muscle droit ou sterno-pubien et la colonne vertébrale.

A dire vrai, aucune de ces méthodes n'est exempte d'inconvéniens. On peut reprocher à la section latérale de diviser trois plans de fibres musculaires, qui, à cause de leur différente direction, se contractent inégalement, et s'opposent à la réunion de la plaie, dont on ne peut affronter exactement les bords. On risque aussi d'ouvrir quelques branches de l'artère épigastrique. D'ailleurs, l'incision doit porter alors, non sur la partie moyenne de la matrice, mais sur l'un de ses bords, et sur l'origine des vaisseaux qui l'arrosent; de là, des hémorrhagies plus ou moins abondantes. Enfin, les fibres de ce viscère, coupées obliquement ou en travers, ne peuvent se contracter sans écarter les bords de la plaie, et sans laisser tomber les lochies dans l'abdomen.

Mêmes inconvéniens quand on opère sur la ligne blanche; la plaie utérine reste encore béante, parce que les fibres divisées se contractent de haut en bas. L'incision peut aussi tomber sur l'une des parties latérales de la matrice, si ce viscère est oblique, et comme tordu sur lui-même. Mais un défaut qui est propre à la méthode de Solayrès, c'est de s'opposer à la cicatrice extérieure, parce que les muscles abdominaux doivent nécessairement écarter les fibres de l'aponévrose médiane où ils aboutissent, et sur laquelle ils agissent en sens opposé.

Enfin, l'opération proposée par Lauverjat a presque tous les inconvéniens de la section latérale; mais elle offre aussi quelques avantages de plus; telle est la facilité de réunir la plaie des muscles abdominaux, dont les fibres, au moins celles des muscles transverses, plutôt écartées que divisées, tendent à se rapprocher pendant leur contraction, et à rendre toute espèce de suture inutile, pourvu qu'on couche seulement la malade sur le côté opposé. Par la même raison, les bords de la plaie utérine se réunissent plus facilement, parce que cet organe se resserre de haut en bas; et comme il est incisé dans sa partie supérieure, les lochies peuvent se ramasser au-dessous jusqu'à leur dégorgement par le col.

Au reste, que l'on incise les parois abdominales sur la ligne blanche ou sur le côté; que, dans ce dernier cas, la section soit longitudinale, oblique ou transversale; que la matrice soit ouverte dans son fond où à sa partie inférieure, l'expérience atteste qu'on peut toujours espérer du succès, lors même que le couteau césarien est dirigé par les mains les plus inhabiles. D'un autre côté, on ne peut guère compter sur le parallélisme ou la correspondance de la plaie utérine avec la plaie extérieure, à moins que leurs bords ne contractent des adhérences réciproques; sans cette condition, la matrice se cache bientôt sous les tégumens sous-pubiens. A quelle méthode faudra-t-il donc donner le choix dans la pratique? Peut-

être la mort de la femme, comme nous l'avons déjà dit, est-elle due, non à la lésion des parties et à l'épanchement des lochies, mais à la suppression de cet écoulement causé par l'inflammation de la matrice et du péritoine, de laquelle on ne peut guère préserver la femme. Si cela était ainsi, le lieu et la direction de la plaie, soit abdominale, soit utérine, seraient assez indifférens. Cependant l'opération pratiquée à la ligne blanche semblerait mériter la préférence, pourvu qu'on eût soin, par un bandage méthodiquement appliqué, de soutenir les parois abdominales, et de tenir les lèvres de la plaie appliquées l'une contre l'autre. En outre, on risquerait moins de couper les artères latérales de la matrice, ce qui est peut-être encore une des choses les plus nécessaires à éviter.

Quand faut-il pratiquer l'opération césarienne? Est-ce au commencement ou au milieu du travail? On distingue ici, comme en beaucoup d'autres cas, le temps de nécessité et celui d'élection. Le premier a toujours lieu après la mort de la femme, n'importe l'époque de la grossesse ou du travail, et après l'évacuation des eaux de l'amnios, quand elle est vivante, à moins qu'il n'y ait quelqu'indication plus urgente. Telle serait, par exemple, la nécessité de saigner la femme, si elle était robuste et pléthorique; de lui faire prendre des bains, si elle était excessivement nerveuse et irritable; de lui donner quelques légers purgatifs, etc. Mais où serait la possibilité de recourir à la plupart de ces remèdes généraux, si l'on n'était appelé qu'à la dernière extrémité, et si des manœuvres téméraires ou mal conçues avaient déjà augmenté les dangers qui sont inséparables de l'opération?

Pour ce qui concerne le temps d'élection, le plus favorable est celui qui précède l'écoulement des eaux, pourvu que le travail soit dans sa force, que les douleurs en soient rapprochées, que le col de la matrice soit effacé, et l'orifice assez ouvert pour le cours des lochies. En opérant avant ce moment, dit Levret, l'étendue qu'on donne aux incisions tant des parties contenantes du ventre que du corps de la matrice, se trouvera beaucoup moins grande après la sortie de l'enfant, que si l'on avait opéré après l'écoulement de ce fluide. Ce précieux avantage ne saurait être contrebalancé par la crainte mal fondée de l'inertie utérine, de l'hémorrhagie et de la mort de la femme: accidens qui ne paraissent inévitables qu'à ceux qui proposent de différer l'opération jusqu'après l'écoulement des eaux de l'amnios.

SECTION V.

De la manière de faire la symphysiotomie.

Quand on a reconnu la nécessité, ou du moins l'utilité de la symphysiotomie, on attend pour la faire que le travail soit bien décidé, et que l'orifice de la matrice, complètement dilaté, puisse permettre l'introduction facile de la main. Par ce moyen, on laisse à la tête le temps de se réduire autant qu'il est possible, sans laisser à la femme le temps de se consumer en efforts impuissans.

Deux instrumens suffisent pour cette opération, une sonde et

un bistouri. Celui-ci doit être convexe sur le tranchant, et mousse à son extrémité. Le couteau pliant, imaginé par Aithen pour ménager le col de la vessie, en faisant la section de dedans en dehors, est inutile, quand l'opérateur réunit la prudence à la dextérité.

On commence par raser le mont de Vénus, ou le bas de l'hypogastre; ensuite, on situe la femme sur une table d'une hauteur convenable, ou sur le bord de son lit, convenablement élevé, au moyen de quelques oreillers un peu solides, qu'on place sous les reins et sous le siége. Les cuisses et les jambes fléchies, comme pour la taille, doivent être médiocrement écartées, et les pieds, appuyés sur des chaises, y sont fixés par des aides.

Tout étant ainsi disposé, on introduit la sonde dans la vessie; et après en avoir évacué l'urine, on détourne à droite le canal de l'urètre, pour le mettre à l'abri de l'instrument tranchant. Pendant qu'un aide est chargé de ce premier instrument, l'opérateur relève, de la main gauche, vers le nombril, les parties molles qui recouvrent le pubis, pour donner moins d'étendue à l'incision extérieure. Il coupe ensuite avec le bistouri, qu'il tient de la main droite, la peau et le tissu cellulaire, depuis le bord supérieur de la symphyse jusqu'au clitoris, sans y comprendre la commissure antérieure de la vulve.

Après cette première incision longitudinale, on tranche le cartilage avec beaucoup de lenteur. Si l'on porte l'instrument de haut en bas, on a soin d'en couvrir la pointe ou l'extrémité avec l'ongle de l'indicateur gauche, pour éviter la vessie et l'urètre. Mais cette précaution serait inutile, si, d'après le conseil de Plench, on divisait la symphyse d'avant en arrière. Enfin on coupe les ligamens tant supérieurs qu'inférieurs.

Aussitôt que les os pubis sont séparés, on en modère l'écartement avec les mains ou au moyen de quelque machine appliquée sur les hanches, et on tâche de prévenir ainsi les désordres qui menacent les symphyses sacro-iliaques. Ensuite on abandonne l'accouchement à la nature, ou bien on le termine soit avec la main, soit avec le forceps, en ménageant toujours la mère et l'enfant.

L'opération achevée, on se hâte de rapprocher les os, et on les maintient dans un contact immédiat, au moyen d'un bandage dont on entoure le bassin. Camper avait inventé, pour cela, un instrument de fer qu'il avait enveloppé de cuir doux et recouvert de flanelle; mais la pression qu'il causait sur les hanches lui a fait substituer une ceinture de toile, garnie de flanelle et de six à sept pouces de large. Celle-ci pourrait être plus commode, si l'une de ses extrémités était garnie de boucles, et l'autre d'autant de courroies correspondantes. On recommande à la femme de garder le repos jusqu'à la consolidation, qui est entière au bout d'un mois ou six semaines, et bien affermie à deux mois révolus. Quant à la plaie des parties molles, il suffit de la panser avec de la charpie, recouverte d'un digestif simple, ou trempée dans du blanc d'œuf avec l'eau-de-vie.

SECTION VI.

De la manière de faire l'opération césarienne.

Une indispensable nécessité, bien constatée, doit être le seul motif qui détermine à faire cette opération. On y prépare la femme par quelques remèdes généraux, si cela est nécessaire, ou si l'accouchement le permet. La vessie doit être vidée avant tout, de crainte qu'elle ne se présente à l'ouverture de l'abdomen, ou qu'elle ne cache en partie la matrice.

Deux bistouris, l'un convexe sur le tranchant, l'autre droit, à lame étroite, et boutonné à son extrémité, des aiguilles courbes où l'on a passé du fil ciré, une éponge fine, de la charpie, quelques compresses longues, d'autres carrées, un bandage de corps avec son scapulaire, des vases d'eau froide, où l'on verse quelques gouttes d'eau vulnéraire, d'eau-de-vie ou de vinaigre, tels sont les instrumens et les pièces d'appareil dont on doit se prémunir.

On place la femme sur le bord de son lit, suffisamment garni d'alèzes pour en maintenir la propreté, et assez élevé, pour la commodité de l'opérateur. On la couche sur le dos, la tête et le cou médiocrement élevés, les cuisses et les jambes doivent être allongées pendant le temps de l'incision, et à demi fléchies pendant l'extraction de l'enfant. On fait aussi circonscrire et fixer la matrice par deux aides, dont l'un presse des deux mains sur les côtés, et l'autre au-dessous de l'ombilic; on écarte par là les intestins, et on les empêche de se présenter à la plaie.

Tout étant convenablement disposé, l'opérateur tend les tégumens de la main gauche, et les incise, de même que les graisses, avec le bistouri convexe qu'il tient de la main droite, jusqu'à ce qu'il arrive à la ligne blanche, s'il suit la méthode de Solayrès, ou aux muscles, s'il opère sur le côté. Il les divise avec précaution pour découvrir le péritoine. Il fait à cette membrane séreuse une petite ouverture, à travers laquelle il introduit l'indicateur de la main gauche dans le bas-ventre. Il prend ensuite le bistouri boutonné qu'il dirige du même doigt, et achève l'incision des enveloppes abdominales, en les soulevant, pour ne pas blesser les viscères, et en les coupant de dedans en dehors, et de haut en bas, ou dans le sens contraire. Si la vessie, malgré son état de vacuité, s'élève trop, on en côtoie le bord. Cette première incision doit s'étendre depuis le dessous du nombril jusqu'à un pouce et demi ou deux pouces au plus du pubis. Plus on la prolongera supérieurement, plus il sera facile d'apercevoir et d'ouvrir le fond de la matrice, ce qui est un des grands avantages de l'opération césarienne, selon quelques auteurs.

En conséquence, après l'ouverture de l'abdomen, on recommande à l'aide, dont la main fixe la matrice au-dessus du nombril, de presser un peu plus ce viscère pour en rapprocher le fond de l'angle supérieur de la plaie. On y fait ensuite, avec le bistouri convexe, une incision parallèle à la première, et dès qu'on rencontre les membranes, on les perce avec beaucoup de précaution pour ne

pas blesser l'enfant, et seulement dans une étendue qui permet d'y introduire l'indicateur de la main gauche. Ce doigt sert de conducteur au bistouri boutonné qui continue d'inciser la paroi antérieure de l'utérus de dedans en dehors, dans un trajet de six pouces environ, depuis l'angle supérieur de la plaie abdominale jusqu'à un pouce et demi au-dessus de l'angle inférieur. Le conseil que donnait Levret de pénétrer d'abord dans l'abdomen et dans la matrice, pour diviser ensuite ce viscère de bas en haut, conjointement avec les muscles, est trop dangereux pour être adopté, quelque simple qu'il paraisse; et celui d'étendre davantage l'incision utérine, quand les eaux se sont écoulées depuis long-temps, est pour le moins inutile.

Si le placenta vient à offrir sa partie la plus épaisse sous le tranchant du bistouri, au lieu de l'inciser, on le décolle d'un côté après l'ouverture nécessaire de la matrice, et on perce les membranes près de sa circonférence, comme Baudelocque le recommande.

L'opération achevée, on procède à l'extraction de l'enfant. Si la tête se présente naturellement à la plaie de la matrice, elle peut être expulsée par les contractions de ce viscère. Dans le cas contraire, on en favorise l'expulsion par une légère pression latérale, ou avec l'index de chaque main, qu'on insinue sous les angles de la mâchoire inférieure. Si l'on est obligé d'aller chercher les pieds, on introduit la main dans la matrice pour les saisir et les amener au dehors; on dégage ensuite les bras et la tête avec les mêmes précautions que dans les accouchemens non naturels, où l'on est obligé de retourner l'enfant, et de l'extraire avec la main par la voie naturelle.

Quant à l'arrière-faix, il est expulsé par la matrice, dont les contractions le portent vers la plaie après la sortie de l'enfant; ou bien on en fait l'extraction, soit en tirant sur le cordon ombilical, soit en saisissant et roulant ce corps avec la main dès qu'il se présente.

Après la délivrance, on extrait les caillots qui restent dans la matrice, et on passe un doigt à travers le col pour favoriser la sortie de ceux qui y sont engagés. Lorsque ce viscère reste dans l'inertie, on le ranime, et on l'oblige de se contracter en le touchant extérieurement, ou en lavant les bords de l'incision avec de l'oxycrat, ou en y faisant par la plaie des injections d'eau froide pure ou mêlée de vinaigre. Tels sont aussi les moyens qu'on emploie pour arrêter l'hémorrhagie qui arrive immédiatement après l'opération, ou à une époque plus ou moins reculée. Mais cet accident est rare ou peu dangereux, à moins que l'instrument tranchant n'ait porté sur l'un des côtés de la matrice.

Avant de panser la plaie et de remettre la femme dans son lit, la cavité abdominale doit être nettoyée ou débarrassée du sang et des eaux qui peuvent s'y être épanchés; une situation convenable, de légères pressions sur les côtés, ou quelques injections tièdes suffisent pour cela. Point de topiques vulnéraires sur la matrice; elle se cicatrise d'elle-même. La suture de l'abdomen est inutile, même dangereuse, si l'inflammation devient considérable. Il suffit d'en recouvrir la plaie d'un large plumasseau et de compresses,

qu'on assujétit par un bandage simplement contentif, et qu'on renouvelle plusieurs fois dans les premières vingt-quatre heures. On prévient les épanchemens dans l'abdomen, en plaçant au bas de la plaie extérieure une bandelette effilée, pour transmettre au dehors les liquides qui suintent de la matrice. On passe une semblable bandelette à travers l'orifice utérin, ou bien on le débouche de temps en temps avec le doigt qu'on y porte à travers la plaie, pour favoriser l'écoulement des lochies par la voie naturelle. Ces moyens sont bien plus doux, plus utiles et plus commodes que la sonde de gomme élastique proposée par Russet et Ruleau, pour faire des injections dans la matrice. Si ces injections étaient nécessaires, il serait peut-être plus sage de les faire par la plaie de la matrice que par l'orifice, qui est moins ouvert dans le dernier temps de l'opération, et dont l'obliquité ou la mauvaise position empêche d'y conduire l'extrémité de la seringue.

Lorsque la matrice vient à contracter des adhérences avec les bords de la plaie extérieure, Lauverjat conseille de les conserver comme une barrière qui s'oppose aux éventrations. Bacqua, de Nantes, au contraire, recommande de les détruire chaque jour avec soin, parce qu'elles s'opposent à la sortie des fluides épanchés, aux injections dans l'abdomen, et à la réunion de la plaie. Elles seraient, en outre, fort préjudiciables à la femme, si elle redevenait enceinte, ou si elle éprouvait quelque violente secousse. Il en résulterait nécessairement des tiraillemens douloureux, des tranchées utérines, ou des hémorrhagies plus ou moins dangereuses.

Le traitement général doit être analogue à celui de toutes les grandes opérations. On saigne la femme si elle est robuste; on la met à une diète plus ou moins sévère, et on lui tient le ventre libre avec des lavemens; on l'engage à nourrir, s'il n'y a rien qui l'empêche, ou à se faire téter. Enfin, on l'assujétit à porter un bandage pour prévenir les lésions consécutives.

SECTION VII.

Parallèle de l'opération césarienne et de la section du pubis.

Si l'on compare ces deux opérations sous le rapport des avantages qu'elles peuvent procurer à l'enfant, il est incontestable que la première doit l'emporter sur la seconde, pourvu toutefois qu'on ne la diffère pas jusqu'à la dernière extrémité. Le couteau césarien, employé à propos, ouvre à l'enfant qui vient au monde, une issue beaucoup plus douce et beaucoup plus commode que ne le serait la voie naturelle, même la plus libre et la mieux conformée. Il l'affranchit toujours de cette longue et pénible gêne, qu'il éprouve en traversant la filière du bassin, et pendant laquelle la tête se moule, s'allonge et s'affaisse quelquefois jusqu'à l'apoplexie. En un mot, l'enfant n'a point à craindre alors la violence du travail, qui est quelquefois dangereuse, ni les tractions de la main, qui sont souvent mortelles, ni l'action des instrumens, qui n'est pas toujours salutaire. Sa vie est constamment en sûreté, n'importe son volume, sa situation et l'étroitesse du bassin.

Il n'en est pas de même quand on se sert du couteau symphysien. Il arrive souvent qu'après avoir tranché le cartilage du pubis, les efforts de la nature sont insuffisans pour terminer l'accouchement, et alors il faut nécessairement avoir recours à la main ou aux instrumens. Tantôt on est obligé de retourner l'enfant, et de tirer avec plus ou moins de force sur les pieds pour l'extraire; tantôt c'est le forceps seul qui peut surmonter la résistance que le bassin oppose encore, malgré l'écartement de ses os. Il s'est présenté des cas où, après avoir désymphysé la femme, on a été forcé de démembrer l'enfant, même de recourir à l'opération césarienne pour en achever l'extraction. Il est vrai que de telles manœuvres ou plutôt de telles erreurs doivent être moins attribuées à un vice de la symphysiotomie qu'à l'impéritie et à la maladresse des accoucheurs qui l'ont pratiquée, lorsque la défectuosité du bassin en indiquait l'insuffisance. Mais il n'en reste pas moins démontré que l'enfant court des chances plus ou moins dangereuses après la section du pubis, tandis qu'il n'a rien à craindre de l'opération césarienne. Observons encore que celle-ci lui offre la même ressource dans tous les cas de mauvaise conformation; ce que l'autre ne peut faire, puisqu'elle est impraticable, dangereuse, et même meurtrière pour l'enfant au-dessous de deux pouçes et demi, selon Baudelocque, et au-dessous de deux pouces, selon le docteur Gardien.

Mais le parallèle de ces deux opérations ne saurait offrir les mêmes résultats, ou les mêmes différences, si l'on ne considérait que la femme en travail, abstraction faite de l'enfant. On ne peut se dissimuler que l'opération césarienne ne paraisse et ne soit réellement plus dangereuse sous ce rapport que la section du pubis. Dans la première, on fait une large ouverture aux enveloppes du ventre et à la matrice, ce qui suffit pour déterminer quelquefois des hémorrhagies foudroyantes ou une inflammation plus ou moins aiguë dans les organes lésés et dans les viscères qui leur sont contigus. De là, des souffrances violentes, des suppurations plus ou moins abondantes, souvent la gangrène, des épanchemens dans l'abdomen, la suppression des lochies, le dérangement de la sécrétion du lait : accidens qui s'aggravent ou se multiplient par le contact de l'air dont la membrane péritonéale est frappée dans les pansemens, par le mauvais état de la femme, surtout si l'on attend, pour l'opérer, qu'elle soit abattue, épuisée, en un mot, réduite aux abois. Aussi les victimes qui ont succombé à cette opération sont-elles bien plus nombreuses que les mères qui lui ont survécu. On en compte à peine une qui échappe sur trois ou quatre qui périssent, et l'on ne peut qu'être étonné, ou, pour parler franchement, on ne sait que penser, quand on entend citer des femmes qui ont acheté jusqu'à sept fois le douloureux plaisir d'être mères, au prix du sang qu'elles ont versé sous le couteau césarien.

La symphysiotomie, dira-t-on, n'est pas non plus sans danger pour la femme. Cela est vrai, et l'expérience ne l'a peut-être que trop prouvé. Mais, de bonne foi, l'incision de deux ou trois pouces

de tégumens, d'un peu de graisse, de quelques artérioles, toujours faciles à lier, et d'un cartilage inter-articulaire, déjà ramolli et gonflé pendant la grossesse, substance, d'ailleurs, insensible, peu essentielle à la vie, et dont la lésion n'a aucune influence sur la suite des couches; cette incision, disons-nous, peut-elle entrer en comparaison avec l'énorme plaie des muscles abdominaux, surtout avec celle de l'utérus, qui est si intimement lié à tout le système de la femme, et dont les fonctions ne sauraient être troublées ou interverties après l'accouchement, sans ouvrir la porte à un déluge de maux? Il faut convenir que si la section de la symphyse inter-pubienne est dangereuse et redoutable pour la femme, ce ne peut être que lorsque le bassin est trop resserré, et qu'on est obligé de tirer sur les hanches en sens contraire, pour en agrandir l'écartement spontané, ou d'introduire, à plusieurs reprises, la main et le forceps dans la matrice pour en extraire l'enfant. C'est alors qu'on a raison de craindre les accidens qui ont été si souvent reprochés à cette opération, tels que le délabrement du tissu cellulaire qui unit la vessie à la partie postérieure des os pubis, la claudication perpétuelle, l'inflammation de la matrice, de la vessie et du rectum; l'incontinence d'urine, l'amas de pus dans le bas-ventre et dans le tissu cellulaire du bassin, la déchirure des symphyses sacro-iliaques, et tous les désordres qui en proviennent.

Concluons que l'opération césarienne, quoique constamment salutaire pour l'enfant, est rarement sans danger, et très-souvent mortelle pour la mère; qu'au contraire, la section du pubis, plus circonscrite et plus bornée dans son utilité, est plus dangereuse pour l'enfant et moins redoutable pour la mère; conclusion qui est, d'ailleurs, entièrement conforme au résultat de l'expérience. Il suit de là que, s'il fallait opter entre ces deux opérations, par exemple, l'étroitesse du bassin étant au-dessus de deux pouces et demi, la symphysiotomie serait peut-être plus rationnelle et par conséquent préférable; car, si elle risque de faire périr l'un des individus, elle peut aussi les sauver tous les deux; au lieu que l'opération césarienne n'en sauve indubitablement qu'un, et immole presque toujours l'autre.

Mais supposons que la femme, en proie aux angoisses d'un travail pénible et infructueux, ne veuille se soumettre à aucune de ces opérations, et que les parens les rejettent aussi avec obstination, quelle conduite tiendra l'accoucheur? Attendra-t-il que la mère soit morte pour lui ouvrir le ventre, et pour tâcher au moins d'en retirer l'enfant vivant; ou bien percera-t-il le crâne à celui-ci, et le sacrifiera-t-il pour sauver la mère, comme cela se pratique en Angleterre? Dans le premier cas, il risque de perdre les deux individus à la fois, puisqu'il n'est pas certain, pas même probable, que l'enfant survive à la mère qui meurt pendant le travail? Dans le second, il ne peut espérer de sauver la mère que lorsque l'étroitesse du bassin n'est pas excessive; car, si elle est assez grande pour s'opposer à l'introduction de la main et des instrumens tranchans dans la matrice, l'embryotomie ou démembrement de l'enfant est

aussi dangereuse que les opérations rejetées. Au reste, les lois sont muettes, et ne prononcent pas sur le choix de l'individu qu'il faut préférer, quand il est impossible de les sauver tous les deux. Il faut donc s'en rapporter alors aux préceptes de l'art, qui sont les mêmes que ceux de la saine morale : faire tout le bien et éviter tout le mal qu'on peut, telle est la règle à suivre pour n'avoir rien à se reprocher. Ainsi, la mère et les parens sont-ils inflexibles et exigent-ils qu'on sacrifie l'enfant, on se conforme à leur volonté, après avoir baptisé, au moyen d'une seringue, cette malheureuse victime de l'égoïsme maternel. C'est là une dure, triste et cruelle nécessité, il est vrai; mais on évite de deux maux le pire, puisqu'on sauve l'un des deux individus, au lieu de les laisser périr l'un et l'autre.

SECTION VIII.

L'écartement des os du bassin a-t-il lieu dans l'accouchement, et peut-il le rendre toujours naturel, ou mettre l'enfant et la mère à l'abri de toute opération dangereuse?

On sera peut-être étonné que nous ayons tant différé de traiter cette question, attendu que, dans la plupart des livres élémentaires, on la trouve annexée à la description du bassin. Nous aurions suivi nous-mêmes cette méthode, si elle nous avait paru plus conforme à la marche de l'esprit humain. Mais, comme il aurait fallu supposer alors une foule de connaissances qui n'ont été développées que postérieurement, nous avons jugé à propos de la renvoyer à la fin, pour la rendre plus claire et plus intelligible.

D'abord, il ne s'agit point ici d'examiner si l'écartement des os du bassin est absolument possible; car, quelle que soit la force des liens qui en affermissent les symphyses, on conçoit néanmoins qu'il peut exister des puissances capables, non-seulement de les relâcher, mais encore de les rompre. De tels accidens ne sont pas même sans exemple. Henri Bassius, médecin de Halle, de Magdebourg, rapporte qu'un des os innominés s'écarta sensiblement du sacrum chez un étudiant en droit pendant qu'il tirait des armes. Philippe, chirurgien de Chartres, avait observé la déchirure de la symphyse sacro-iliaque droite chez un jeune et robuste paysan, sur la croupe duquel un sac du poids de trois quintaux et demi était tombé. Mais de telles observations sont trop étrangères à notre sujet pour être plus amplement discutées. Les os du bassin s'écartent-ils pendant l'accouchement? Voilà, en termes précis, ce qu'il faut examiner avant d'aller plus loin.

Or, croirait-on que cette question de fait ou de pratique, dont l'examen paraît si facile au premier coup d'œil, ait divisé les gens de l'art depuis les siècles les plus reculés jusqu'à nos jours? C'est là, néanmoins, ce dont on peut s'assurer en consultant les Fastes de l'Histoire médicale. On y voit que l'écartement des os du bassin a été admis et rejeté par des auteurs du plus grand mérite.

Parmi les premiers, on pourrait citer un rabbin juif, qui avait cru ce phénomène sans l'avoir vu, et seulement d'après le témoignage de Phua et de Sephora. Mais ces deux matrones égyptiennes

n'avaient prétexté l'écartement des os du bassin que pour se disculper auprès de Pharaon, qui les accusait de n'avoir pas fait périr les enfans mâles d'Israel, dont il voulait exterminer la race.

Hippocrate, l'oracle des médecins grecs, regardait l'accouchement comme impossible, sans la diduction des os du bassin. Aétius et Galien étaient du même sentiment.

Avicenne, parmi les Arabes, croyait très-fort à cet écartement, et le considérait comme une des plus puissantes opérations de la nature.

Jacques d'Amboise, vers le milieu du seizième siècle, montra, dans les écoles de chirurgie de Paris, les os pubis séparés l'un de l'autre, et les os des îles désunis d'avec l'os sacrum, et fort mobiles, sur le cadavre d'une femme de vingt-quatre ans, qui avait été pendue, dix jours après être accouchée, pour avoir fait périr son enfant.

Ambroise Paré avait méconnu et nié cet écartement pendant trente ans; mais ayant eu occasion d'assister à la dissection d'une femme pendue après ses couches, il aperçut un travers de doigt d'intervalle entre les os pubis, un pouce d'élévation de l'un de ces os au-dessus de l'autre, et les synchondroses sacro-iliaques beaucoup plus lâches dans l'état naturel. Dès-lors il se rétracta publiquement, et donna l'exemple le plus éclatant de soumission à la vérité.

Séverin Pinau, qui se félicitait d'avoir converti le célèbre restaurateur de la chirurgie française, était si convaincu du relâchement, et même de la diduction des symphyses pelviennes, qu'il avait la bonne foi de croire à l'efficacité des bains, des cataplasmes et des fomentations émollientes, pour favoriser ce prétendu bienfait de la nature.

Guillemeau, l'élève d'Ambroise Paré, avait adopté l'opinion de son maître. Il ajoutait même avoir non-seulement entendu les os du bassin craquer, et s'entr'ouvrir chez plus de cinq cents femmes qu'il avait accouchées, mais encore avoir mis le doigt entre les os pubis manifestement séparés.

Riolan montra cet écartement, en présence de trois cents élèves, sur le bassin d'une femme qui avait été pendue quatre jours après l'accouchement.

Spigel dit avoir fait observer, dans ses leçons publiques, le relâchement de la symphyse des os pubis, et la diduction des os innominés d'avec l'os sacrum, sur le cadavre d'une femme morte à la suite d'un accouchement laborieux.

Fabrice de Hilden l'avait observé lui-même sur sa propre femme, lorsqu'elle eut mis au monde son fils Pierre.

Diemerbroek a trouvé les os pubis si écartés, qu'il a pu y introduire le petit doigt le lendemain de l'accouchement.

Bauhin, Harvée, Scultet, Puzos et Morgagni ont aussi admis cet écartement.

Solingen a vu les os pubis écartés d'un travers de doigt, et le cartilage de la symphyse très-ramolli.

Santorini a pu mettre facilement le pouce dans l'intervalle qui séparait ces deux os.

Bouvart et Bertin croyaient que l'enfant ne pouvait naître sans cette séparation, et celle des os des îles d'avec le sacrum.

Smellie avait observé le relâchement et la diduction des trois articulations pelviennes.

On connaît la dissertation de Louis sur l'objet qui nous occupe, et sa déclaration pour l'affirmative.

Levret n'admettait l'écartement des os du bassin que dans certains cas, et le rejetait dans d'autres, suivant le volume de la tête et l'étroitesse du bassin.

Enfin, de nos jours, Dessault, Plesmann, Giraud, le professeur Boyer et le docteur Montfort ont observé cet écartement sur plusieurs femmes mortes en couches.

A un si grand nombre d'autorités, on ne peut opposer que l'opinion de quelques auteurs qui se sont contentés de nier ce qu'ils n'avaient point eu occasion d'observer; mais que peuvent de simples négations contre un fait dont l'existence est fondée sur le témoignage constant et uniforme des sens? Point de milieu; il faut avouer ici de deux choses l'une, ou que les os du bassin s'écartent dans l'accouchement, ou que les plus célèbres praticiens, depuis Hippocrate jusqu'à Desault et Boyer, n'y voyaient goutte.

C'était donc en vain que Fernel, quoique très-attaché à la doctrine des Arabes, croyait réfuter l'opinion d'Avicenne sur l'écartement des os pubis, en disant qu'il ne paraissait pas possible, et que la raison et l'expérience lui étaient également contraires.

Dulaurens, premier médecin d'un de nos rois, et chancelier de l'université de Montpellier, ne comprenait pas comment les cartilages qui unissent les os du bassin se relâchent au point de permettre l'écartement de ces os, et se resserrent ensuite comme il convient. Mais où est la logique qui enseigne à nier tout ce qu'on ne comprend pas?

Mauriceau assurait n'avoir jamais trouvé cet écartement sur le cadavre; et il le rejetait formellement parce qu'il avait vu à l'Hôtel-Dieu les femmes marcher jusqu'à leur lit, souvent assez éloigné, après être accouchées. Mais tout cela n'est pas incompatible avec l'écartement modéré des os du bassin, qui peut d'ailleurs ne pas arriver chez toutes les femmes.

Palfin pensait aussi que si l'écartement des os du bassin avait lieu pendant l'accouchement, on ne verrait pas tant d'enfans enclavés au passage, ni tant de femmes à qui l'on est obligé de faire l'opération césarienne; comme si la diduction des os du bassin était toujours proportionnée à l'étroitesse de ce canal, et pouvait en faire disparaître tous les vices de conformation.

Rhœderer ne croyait pas non plus que le bassin se dilatât chez les femmes en travail, parce qu'il était assez large pour laisser passer la tête des enfans, quel qu'en fût le volume; mais il ne considérait alors que le bassin nu et dépouillé de parties molles, tandis qu'il s'agit dans l'accouchement d'un bassin couvert de muscles,

garni de tissu cellulaire, et dont l'épaisseur de la matrice, l'intestin rectum et la vessie doivent nécessairement diminuer encore l'ouverture et la capacité. D'ailleurs, la tête du fœtus vivant est beaucoup plus volumineuse que celle du fœtus mort, surtout lorsque celle-ci est dépouillée des tégumens, et qu'elle ne contient plus la masse du cerveau.

Ce serait donc vouloir s'abuser que de regarder encore l'écartement des os du bassin pendant le travail comme une chose douteuse ou indécise. D'une part, il est attesté par des praticiens recommandables, qui l'ont vu de leurs propres yeux; de l'autre, il n'est contredit que par des gens de l'art, qui n'ont pas eu occasion de l'observer, ou qui n'en conçoivent pas la possibilité, ou qui en rejettent l'utilité, à cause d'un rapport mal entendu de la tête avec la filière du bassin. On voit donc facilement de quel côté doit pencher la balance.

Mais si l'écartement des os du bassin est incontestable, on est encore loin d'être d'accord quand il s'agit d'en expliquer la cause. Les uns, tels qu'Ambroise Paré, Louis et Piet, l'ont attribuée à l'épaississement des cartilages inter-articulaires qui unissent les os du bassin, et n'ont pas manqué d'alléguer des raisons spécieuses en faveur de leur sentiment. Ils ont comparé ces cartilages, soit aux grappins du lierre, qui vient à bout de renverser, à la longue, les plus solides murailles, soit aux germes des fruits qui font éclater les noyaux où ils sont renfermés, dès qu'ils sentent l'humidité de la terre; soit à des coins de bois tendre qui, engagés dans les fentes des rochers, les ébranlent, les brisent, et en enlèvent des masses énormes, lorsqu'ils sont imbibés d'eau; soit enfin à un polype des narines qui écarte les os du nez et chasse l'œil de son orbite, Mais que toutes ces comparaisons sont loin d'être démonstratives! Une seule réflexion suffit pour en dissiper le prestige. L'observation atteste qu'après l'écartement des os du bassin, les symphyses en sont souvent assez entr'ouvertes pour admettre le petit doigt et même le pouce. Or comment concilier ce vide ou ce défaut de substance avec l'épaississement des cartilages qui, s'il avait lieu, devrait toujours remplir les espaces inter-articulaires?

C'est pour éviter la force de ce raisonnement, pour ainsi dire péremptoire, que d'autres ont attribué la diduction des os du bassin au relâchement des ligamens qui en affermissent les symphyses. Mais ici nouveau sujet de contestation. Les ligamens se relâchent-ils parce qu'ils s'infiltrent pendant la grossesse, ou bien parce qu'ils sont forcés de céder à la pression graduée et continuelle que la matrice, chargée du produit de la conception, exerce contre les parois du bassin? Ceux qui admettent la première de ces deux causes la font dériver encore, les uns de l'afflux d'humeurs ou de liquides que la grossesse détermine vers le bassin; les autres, de la compression des vaisseaux sanguins et lymphatiques dont il est arrosé. Il résulterait de là que l'infiltration des ligamens, et par conséquent l'écartement des os du bassin devrait avoir lieu chez toutes les femmes, principalement chez les hydropiques, qui

sont déjà abreuvées de sérosité; il en résulterait encore que ces deux effets devraient être d'autant plus considérables que la tête du fœtus serait plus volumineuse et le bassin de la mère plus resserré : conséquences qui ne sont pas néanmoins toujours conformes à l'observation.

Il paraîtrait donc plus vraisemblable que l'infiltration de l'appareil articulaire du bassin ne serait qu'une cause prédisposante, qui, réunie à la pression constante de la matrice contre le bassin pendant la grossesse, et peut-être aussi aux efforts de l'accouchement, surtout quand il est laborieux et long-temps continué, produirait l'écartement des os des îles d'avec le sacrum.

Quoi qu'il en soit, les effets de cet écartement ne sont pas aussi favorables à l'accouchement qu'on pourrait le penser. Car, ou le bassin péche par excès d'évasement, ou bien il est trop resserré. Dans le premier cas, les os qui composent ce canal ne peuvent s'écarter les uns des autres et en augmenter la largeur, sans rendre l'accouchement trop prompt : inconvénient qui peut avoir les suites les plus fâcheuses, telles que la chute ou le renversement de la matrice, l'inertie de ce viscère, une hémorrhagie foudroyante, etc. Dans le second cas, si l'écartement n'est que médiocre, il ne suffira pas toujours pour remédier aux vices de conformation qui constituent l'étroitesse du bassin; et s'il est trop considérable, ou qu'il arrive trop brusquement, il produira toujours des désordres dans le bassin, et quelquefois la mort de la femme.

Des observations exactes attestent qu'il faut un écartement d'un pouce entre les os pubis pour agrandir seulement d'une ligne le diamètre sacro-pubien ou antéro-postérieur du détroit abdominal. Or, qui oserait assurer qu'une telle augmentation suffit pour corriger la défectuosité de tous les bassins, et pour mettre toutes les femmes à l'abri du couteau césarien ou symphysien? D'ailleurs, cet écartement serait-il toujours sans danger?

En outre, il est de fait que l'accouchement se termine, toutes choses égales, avec d'autant plus de facilité, que le bassin est plus immobile. Or, si les os dont il est composé peuvent s'écarter indéfiniment, qui les empêchera de vaciller, et d'être inégalement tiraillés par les muscles pelvi-fémoraux ou pelvi-pectoraux? Que de douleurs et d'angoisses n'en résultera-t-il pas alors pour la mère durant le travail! Quelle incertitude, quelle gêne et quelle faiblesse dans la progression!

Concluons donc, 1° que l'écartement des os du bassin, quelle qu'en soit la cause, ne saurait être révoqué en doute, mais qu'il produit plus de maux que d'avantages sous le rapport de l'accouchement, surtout lorsqu'il est trop considérable ou trop brusque.

2°. Qu'on conseillerait en vain, à l'exemple de Séverin Pineau, l'usage des émolliens, sous quelque forme que ce fût, pour relâcher l'appareil ligamenteux ou fibro-cartilagineux des symphyses pelviennes; ces moyens ne peuvent agir tout au plus que sur les parties molles qui sont à l'extérieur.

3°. Que, par la même raison, on doit peut compter sur les topi-

ques astringens, sur les bains froids et sur les fumigations aromatiques, pour resserrer les symphyses du bassin après l'accouchement. Le repos et la constriction qu'on exerce à l'aide d'un bandage convenable paraissent bien plus efficaces. Toutefois, si l'on accordait quelque confiance aux premiers moyens, il ne faudrait y avoir recours qu'après la cessation des lochies, de crainte d'en supprimer l'écoulement avant l'époque fixée par la nature.

SECTION IX.

De la rupture de la matrice.

Cet accident, l'un des plus redoutables pour la mère et pour l'enfant, n'est qu'une solution plus ou moins brusque dans la continuité du tissu utérin. Quoiqu'il ne soit pas très-rare, l'histoire de l'art n'en fournit néanmoins aucun exemple avant le quinzième siècle, époque où le goût des recherches anatomiques donna une nouvelle impulsion à la médecine, et fit connaître des maladies qu'on n'avait pas même soupçonnées. Aussi, depuis Ambroise Paré et Guillemeau, plusieurs praticiens, soit parmi nous, soit parmi les étrangers, ont si bien observé et si bien décrit celle dont il est question ici, qu'ils n'ont rien laissé à désirer.

La matrice peut se rompre ou se déchirer dans tous les points de sa surface ; mais on conçoit que cela doit arriver le plus fréquemment sur ses côtés, à son fond et vers son col, parce qu'ils sont plus exposés à l'action des causes déchirantes ; l'expérience même atteste que le placenta ou une tumeur squirrheuse et à large base n'ont pas toujours assez renforcé et garanti le lieu qui en était le siége, quoi qu'en disent Astruc et Levret. Ce dernier avance encore, sans raison, que la déchirure de la matrice est toujours verticale ou longitudinale, puisque l'autopsie démontre aussi qu'elle peut être oblique, en travers et en tous sens. Les bords en sont tantôt égaux, comme dans une simple incision, tantôt irréguliers, comme dans une crevasse, ou hachés et meurtris, comme dans une plaie contuse.

La rupture peut avoir lieu, non-seulement dans la matrice, mais encore dans le vagin, à l'endroit où il s'unit avec ce viscère, comme Saviard, Thibault, Chevreul, le professeur Chaussier, etc., ont eu occasion de l'observer. Il est même probable que vers la fin de la grossesse et pendant le travail, lorsque le col utérin est entièrement effacé, on a rapporté plus d'une fois ce genre de lésion à la matrice, quoiqu'il intéressât uniquement le vagin ; c'est au moins ce que pense le docteur William Goldson, de Londres. Au demeurant, on a vu le vagin se rompre, suivant sa longueur, à sa partie postérieure, et entraîner le rectum dans le même délabrement ; mais les déchirures transversales de ce canal ont paru les plus fréquentes vers le lieu de son insertion avec la matrice.

Une différence essentielle et digne de remarque entre la rupture de la matrice et celle du vagin, c'est que la première diminue à mesure que tout l'organe se resserre, tandis que la seconde conserve toujours la même forme et la même étendue.

A l'ouverture des cadavres, on a eu occasion d'observer des tu-

meurs, des cicatrices, des ulcères, même un défaut de résistance ou un amincissement peu naturel dans quelques points des matrices qui s'étaient déchirées, et l'on n'a pas manqué d'en conclure que c'étaient là les causes prédisposantes de cet accident. Mais quelle utilité peut-on en retirer dans la pratique, puisqu'il est impossible de les reconnaître, et même de les soupçonner pendant le travail de l'accouchement?

Il est toujours plus facile de vérifier les causes occasionelles de la rupture utérine, soit qu'elles tiennent à l'étroitesse absolue et naturelle du bassin ou à une exostose qui en rétrécit accidentellement les détroits ou l'excavation, à la dureté squirrheuse ou à l'imperforation complète du col de la matrice, à l'obliquité ou aux convulsions de ce viscère, aux difformités naturelles ou accidentelles du vagin; soit qu'elles proviennent, non des mouvemens de l'enfant, comme Grégoire, Astruc, Levret et Crantz l'avaient pensé, mais de sa mauvaise situation dans la matrice, comme Delamotte et Smellie en ont cité des exemples, ou de la saillie que font certaines parties de son corps contre les parois de ce viscère; ou, selon Baudelocque, de la mauvaise attitude de la femme qui souffre, ou de la direction vicieuse qu'elle imprime à ses efforts en se renversant les épaules en arrière et en faisant bomber le ventre, ou de la manière dont elle cherche à se débarrasser en poussant brusquement et comme par saccades; soit enfin qu'on doive les attribuer à la pression de la matrice entre deux corps solides, lorsqu'elle est très-volumineuse, ou à l'action des corps tranchans qui en divisent les parois après avoir pénétré dans l'abdomen, ou à la manœuvre des accoucheurs qui introduisent la main dans la matrice, et appliquent des instrumens sur le fœtus, surtout quand ils le font sans méthode et sans discernement. Qu'on consulte les observations de quelques célèbres praticiens, tels que Mauriceau, Delamotte, Peu, etc., et on verra combien cette dernière cause peut produire de désordres dans le système utérin.

Mais la matrice n'est pas toujours assez faible pour céder brusquement à la plupart de ces causes, quelque puissantes qu'elles soient; elle s'ulcère souvent avant de se rompre. C'est ce qu'on observe dans les points de ce viscère qui répondent aux parties les plus saillantes de l'enfant, lorsque les eaux se sont écoulées depuis long-temps; ou dans sa région supérieure et antérieure, à la suite d'une percussion qui vient du dehors; ou enfin dans les endroits qui sont en contact avec le pubis et la saillie sacro-vertébrale, pendant un long et pénible accouchement. On remarque aussi de semblables ulcérations au vagin, à la vessie et au rectum, lorsqu'ils sont fortement pressés par la tête contre le bassin. Placés alors entre deux forces opposées, ces organes sont plus ou moins froissés et meurtris; leur tissu perd insensiblement de son épaisseur, s'affaiblit, s'use à la longue, et finit par se détruire; ou bien il s'irrite, s'enflamme, suppure, se gangrène et s'ulcère. Tantôt la matrice et le péritoine sont compris dans cette désorganisation; tantôt le péritoine reste entier, et forme une sorte de voûte ou de plancher

qui soutient encore les intestins, et sous lequel se forment des épanchemens où se logent certaines parties de l'enfant. Lorsque cette membrane séreuse s'enflamme et s'altère la première, par exemple, à la suite d'une percussion extérieure, il peut arriver qu'elle contracte des adhérences avec les parois abdominales, avec la vessie ou avec l'intestin qui, après avoir partagé la violence du coup avec elle, s'enflamment en même temps. De là l'explication de ces crises aussi rares que dangereuses, où des femmes ont rendu les débris du fœtus par un abcès à l'aine ou aux environs du nombril, par le rectum ou par la vessie. De là encore ces hernies épouvantables où une anse d'intestin adhérente à la matrice gangrénée a été entraînée par la chute de l'escarre après l'extraction du placenta, sans être suivie d'étranglement.

A quels signes peut-on reconnaître que la matrice est menacée ou frappée de rupture? Faut-il s'en rapporter, avec le docteur Crantz, à la tension et à l'élévation du bas-ventre, à la rétraction du vagin et de l'orifice utérin, à la violence, à la fréquence et à l'inefficacité des douleurs? ou bien cet accident est-il indiqué, comme l'a cru Levret, par l'angoisse que la femme éprouve vers le milieu de l'épigastre, et par l'effort ou soubresaut violent qui succède à toutes les secousses réitérées de l'enfant, et qui en annonce la mort? Mais la pratique enseigne que ces phénomènes ne sont pas tellement inséparables de la rupture de la matrice, qu'ils ne puissent exister sans elle, et réciproquement. L'accoucheur s'exposerait donc à commettre les plus grandes méprises, s'il les prenait pour règle de sa conduite.

Les signes qui, suivant les auteurs déjà cités, succèdent à la rupture de la matrice, sont plus conformes à l'expérience et moins équivoques, quoiqu'ils ne mettent pas toujours à l'abri de l'erreur. Tels sont un bruit éclatant qui est quelquefois entendu des assistans lorsque la matrice se déchire, une douleur fixe, vive, pongitive, et puis engourdissante, ou une espèce de crampe que la femme éprouve et qui lui arrache un cri perçant; ensuite un mouvement de calme trompeur, et un sentiment de chaleur douce qui se répand dans l'abdomen; mais bientôt après la pâleur du visage, de fréquentes syncopes, la faiblesse du pouls, l'hémorrhagie vaginale, la forme du ventre plus ou moins changée, des sueurs froides, des convulsions, des vomissemens, et la mort, qui termine la scène.

Enfin, c'est au toucher seulement qu'il appartient de lever le doute, s'il en reste, et de reconnaître la rupture de la matrice. Lorsqu'elle arrive avant l'écoulement des eaux, la poche qui renferme ce liquide s'affaisse sur-le-champ, et le doigt qui la recherche la trouve plus molle qu'auparavant. La partie du fœtus qui se présentait pendant le travail a fui et disparu; l'orifice de l'utérus se resserre, à moins que la tête ou un membre de l'enfant n'y soit engagé; et tout l'organe se réduit au volume qu'on observe, pour l'ordinaire, après l'accouchement naturel, lorsque le produit de la conception passe en entier dans l'abdomen. La femme alors ne sent plus les mouvemens actifs de l'enfant dans le lieu où ils s'exé-

cutaient auparavant, et la main appliquée sur le ventre en distingue facilement les membres, à moins que le gonflement inflammatoire qui survient bientôt après n'absorbe ou n'émousse l'impression du tact. Dans ce cas-là il n'y a plus de travail proprement dit; il est remplacé par des angoisses d'un autre genre. Au contraire, lorsque l'enfant reste tout entier dans la matrice après la rupture de l'utérus, les douleurs continuent jusqu'à ce qu'il soit expulsé par la voie naturelle ou poussé dans l'abdomen, à travers la crevasse, ou bien jusqu'à ce que la femme soit épuisée. Quelquefois ce n'est que l'extrémité inférieure du tronc qui tombe dans l'abdomen, tandis que la tête s'est fortement engagée au détroit supérieur ou s'est enfoncée dans le bassin. Réciproquement, celle-ci peut passer dans l'abdomen, et l'extrémité opposée rester dans la matrice : phénomènes qu'on observe aussi, au moins à peu près, dans quelques ruptures transversales du vagin.

La femme court toujours plus ou moins de risques après cet accident, suivant le lieu et le temps où il arrive, suivant la cause qui le produit et la circonstance qui le complique. En général, la rupture de la matrice est plus dangereuse que celle du vagin. Ces organes laissent aussi d'autant plus ou moins d'espoir, qu'ils sont plus sains ou plus altérés avant de se déchirer. Il vaut mieux que cela arrive au commencement du travail, l'individu conservant encore toute sa force, que vers la fin, lorsqu'il est presque épuisé ou que la matrice est déjà meurtrie, enflammée, ulcérée, gangrenée. La crevasse de ce viscère n'est qu'une plaie simple en elle-même; mais sa nature change, quand elle est suivie d'une déperdition de substance; quand l'enfant, le délivre et les eaux de l'amnios tombent en totalité ou en partie dans l'abdomen; quand les artères utérines ont versé des flots de sang dans cette cavité, et ont confondu dans un énorme caillot le produit de la conception, l'épiploon, le mésentère et l'intestin; enfin, quand une anse de ce dernier s'insinue dans cette crevasse, et s'y trouve étranglée comme dans une hernie ordinaire.

Cependant, malgré tant de chances défavorables, la rupture de la matrice n'est pas toujours mortelle, lors même qu'elle est abandonnée aux seules ressources de la nature. Il est certain que des femmes ont survécu plusieurs années à cet accident : non que leurs enfans se soient desséchés dans l'abdomen, comme à la suite d'une grossesse extra-utérine, mais parce qu'après s'y être fondus et putréfiés, ils sont sortis en lambeaux et comme en détail à travers des abcès qui s'ouvraient dans l'intestin ou dans les parois abdominales. Bartholin, Litre, Astruc, Desbois de Rochefort, Percival, Underwood, Bard de New-York, King d'Édimbourg, et Gardien, d'après Bruté, ont publié des faits qui ne laissent aucun doute sur ces sortes de guérisons spontanées, et pour ainsi dire surnaturelles. Des enfans ont séjourné plus de vingt années dans l'abdomen après la rupture de la matrice; et ce qui doit paraître plus merveilleux encore, c'est qu'ils n'ont pas toujours empêché la femme de concevoir et de devenir enceinte pendant cet intervalle. Il est vrai que, dans un de

ces derniers cas, elle n'est point accouchée naturellement, et qu'elle n'a point eu le plaisir d'être mère. La grossesse a été extra-utérine, et l'enfant a péri dans le lieu où il avait été conçu ; ensuite ses débris osseux n'ont commencé de sortir par le rectum avec ceux du premier qu'au bout de vingt et une années, et cette excrétion a duré encore dix-huit ans.

Mais il s'en faut bien que toutes les femmes aient joui du même bonheur, et pour quelques-unes qui ont recouvré leur santé, on compterait peut-être un grand nombre de victimes. D'ailleurs, la nature, quelque ingénieuse qu'elle soit alors pour sauver la femme, ne pourrait jamais arracher l'enfant à la mort, s'il était déjà tombé dans la cavité de l'abdomen ; d'où il faut conclure que les secours de l'art sont indispensablement nécessaires à l'un et à l'autre après la rupture de la matrice.

Ce n'est pas que la première indication ne fût de prévenir cet accident, s'il était possible d'en prévoir les causes prédisposantes ou d'en éloigner à propos les causes occasionelles. Mais toute la prophylaxie se réduit ici à quelques conseils vagues et généraux : tels que de faciliter l'accouchement par les voies naturelles, en dilatant le vagin et l'orifice de l'utérus, au moyen de la saignée, des bains, des injections émollientes, ou même du bistouri, quand ils sont resserrés, calleux ou oblitérés ; de corriger l'obliquité de la matrice, de retourner l'enfant quand il est mal situé, de recourir au forceps, au crochet ou au perce-crâne, selon les circonstances ; de pratiquer la section du pubis ou l'opération césarienne, lorsque l'étroitesse du bassin l'exige. Encore, parmi ces moyens préservatifs, la version de l'enfant pourrait-elle produire l'effet ou le mal qu'il s'agirait d'éviter, si l'on attendait que les eaux se fussent écoulées depuis long-temps pour introduire la main dans ce viscère. Il n'y a donc de préceptes déterminés, ni de remèdes précis que ceux qui concernent la rupture déjà existante et bien caractérisée.

Cela posé, ou l'enfant reste dans la matrice, ou il tombe dans l'abdomen. Dans le premier cas, on se borne au rôle de simple spectateur, et on attend qu'il soit expulsé par les voies naturelles, pourvu toutefois qu'il soit convenablement situé, que le bassin jouisse d'une bonne conformation, et que la mère ait des forces suffisantes ; sinon on le retourne et on l'extrait par les pieds, ou bien on saisit la tête avec le forceps, ou l'on emploie tel autre moyen que la circonstance indique.

Lorsque l'enfant est tombé dans l'abdomen, ou sa chute n'est que partielle, ou elle est complète. Si les pieds seulement sont sortis par la déchirure, et que la tête soit engagée à l'entrée du bassin, on saisit celle-ci avec le forceps ; si elle est hors de la portée de cet instrument, il faut essayer d'aller chercher les pieds et de les faire rentrer dans la matrice, comme Peu et Delamotte le prescrivent. La gastrotomie, conseillée alors par le docteur Gardien, ne paraîtrait préférable qu'autant que la majeure partie du tronc aurait pénétré dans l'abdomen, et que la matrice, fortement contractée, empêcherait la main de s'insinuer dans la déchirure. Cette opéra-

tion, au contraire, est utile et bien indiquée, lorsque la partie supérieure du tronc est tombée dans l'abdomen, à moins que la matrice ne soit dans l'inertie, et ne permette d'extraire avec facilité l'enfant par les pieds, qui sont plus ou moins voisins de l'orifice utérin ou du détroit supérieur. Mais cette dernière circonstance doit exister rarement, parce que les tractions réveillent nécessairement les contractions utérines. La femme serait donc exposée alors à des délabremens considérables, et l'enfant à la détroncation, si l'on s'obstinait à tirer sur les pieds.

La gastrotomie est surtout nécessaire immédiatement après la chute complète de l'enfant dans la cavité abdominale, parce qu'il est impossible alors de le faire rentrer dans la matrice d'où il est sorti, pour le faire passer par les voies naturelles. Il est de l'essence de ce viscère de se resserrer à mesure qu'il se vide, et par conséquent de refuser l'entrée à ce qui s'en est échappé. C'est ce qui a été très-bien senti par Thibaut-Desbois, chirurgien du Mans, auquel nous devons le premier exemple de cette opération, et par Lambron, chirurgien d'Orléans, qui depuis l'a pratiquée deux fois sur la même femme. A la vérité, quelques auteurs attestent avoir retourné et amené par les pieds des enfans qui étaient tombés complètement dans l'abdomen. Mais n'est-il pas vraisemblable qu'ils ont confondu dans ce cas-là une déchirure transversale du vagin avec celle de la matrice? Or, nous avons déjà fait observer la différence qui existe entre l'une et l'autre. La première, conservant toujours sa forme et ses dimensions, peut permettre d'introduire la main dans la cavité du péritoine et de retourner l'enfant qui s'y est précipité, ce que ne peut faire la seconde. Au reste, la chute complète ou incomplète de l'enfant dans le ventre de la femme n'est pas le seul motif qui doive déterminer à pratiquer la gastrotomie. Cette opération convient encore pour donner issue au sang et aux eaux qui ont pu s'y épancher après la rupture de la matrice, et dont l'amas donne lieu à des tumeurs abdominales, où l'on sent une fluctuation plus ou moins manifeste.

Enfin, une des indications les plus pressantes après la rupture de la matrice est de prévenir l'étranglement de l'anse intestinale, qui peut s'engager dans la plaie de ce viscère. Si l'on s'aperçoit de cette espèce de lésion après la sortie ou l'extraction de l'enfant par les voies naturelles, on en fait la réduction en repoussant l'intestin dans l'abdomen, et en maintenant la main dans la matrice jusqu'à ce que ce viscère se soit assez contracté pour s'opposer à la récidive. De même, si cette complication a lieu au moment où l'on vient de pratiquer la gastrotomie, on retire l'intestin de la matrice par la plaie abdominale. Mais quel moyen emploierait-on, si l'intestin venait à s'étrangler long-temps après l'accouchement, lorsqu'il est impossible de porter la main dans la cavité de la matrice? Dans ce cas-là, Baudelocque ne serait pas éloigné de conseiller l'opération de Pigrai ou l'ouverture du ventre au-dessus du pubis. Mais ce serait donner beaucoup au hasard, puisqu'aucun signe n'indiquerait la présence de cet accident, pas même les nausées, les vomisse-

mens et les convulsions dont il serait accompagné, et qui pourraient dépendre d'autres causes. La femme courrait donc le plus grand risque et serait même perdue sans ressource, si l'étranglement intestinal persévérait.

Quant à la plaie de la matrice, elle se consolide d'elle-même, et en très-peu de temps, à moins qu'elle ne soit accompagnée de gangrène, et suivie d'une grande déperdition de substance. Mais alors elle n'exigerait encore que des soins de propreté, et non le traitement des plaies extérieures que Crantz avait proposé.

En terminant cette section, nous rapporterons un exemple qui prouve que la rupture de la matrice n'est pas toujours aussi funeste qu'on pourrait le croire. Il a été consigné par Charles Frizel dans un recueil qui a pour titre : *Transactions of the king's and queen's association, vol.* 2. Une femme entre à l'hôpital des femmes en couches le 22 avril 1814; elle a un accouchement difficile, parce que son enfant présente un bras. On essaie l'application des crochets sans succès. Cependant l'enfant est extrait ainsi que le placenta. La main, introduite dans l'utérus, y trouve une rupture qui s'étend depuis le pubis jusqu'à la partie correspondante au sacrum. Les intestins qui avaient trouvé issue à travers la rupture sont replacés avec précaution. En retirant doucement sa main, l'opérateur reconnaît que les bords de la plaie se correspondent, et pense qu'ils garderont cette situation après la contraction de la matrice. Le lendemain, il se manifeste quelques symptômes d'irritation. On les combat par les antiphlogistiques, par la saignée et les fomentations de l'abdomen. La femme se rétablit insensiblement, et sort de l'hôpital le 8 mai, seize jours après l'accident. Elle a eu depuis un second enfant : ce qui atteste qu'elle jouit d'une bonne santé.

SECTION X.

De la grossesse extra-utérine.

Quand on pense, avec le baron de Haller, que la conception a lieu dans l'ovaire, et que la trompe n'est qu'un canal destiné à transmettre le fœtus dans la matrice, la grossesse extra-utérine n'offre rien d'impossible à croire. La rareté de ce phénomène a bien plus de quoi surprendre, quand on songe à tout ce qui peut le produire ou en occasioner la fréquence. L'œuf qui vient d'être fécondé aura-t-il assez de force pour rompre sa prison ou l'enveloppe qui le fixe à l'ovaire. Enfilera-t-il avec précision et sans dévier la route qui conduit à la matrice? Ne risque-t-il pas de tomber dans l'abdomen, ou au moins de s'empêtrer dans les languettes du pavillon qui termine la trompe? Enfin, comment viendra-t-il à boutde parcourir ce canal qui se rétrécit sans cesse vers son extrémité utérine.

Malgré toutes ces réflexions, qui se présentent si naturellement, des incrédules ont osé révoquer en doute la possibilité de la grossesse extra-utérine, sous prétexte que les radicules du placenta ne

pouvaient trouver où s'implanter hors de la matrice, ni où puiser les sucs nécessaires à la nutrition de l'enfant. Mais que peuvent de tels raisonnemens contre l'expérience et l'observation? Une multitude de faits attestent positivement que le fœtus peut se développer sur l'ovaire, dans la trompe et dans la cavité abdominale : de là trois espèces de grossesses extra-utérines, dont la première est néanmoins plus rare que les deux autres. Nous avons eu occasion d'en observer quatre, et chaque fois le fœtus s'était développé dans l'abdomen.

Mais comment arrivent ces écarts de la nature, et quelles en sont les causes? Voilà, sans contredit, une des questions les plus capables de piquer la curiosité du philosophe, et les plus difficiles à résoudre. Parmi ceux qui s'en sont occupés, les uns, ne se livrant qu'à de vaines conjectures, ont attribué la grossesse extra-utérine à tout ce qui pouvait troubler la femme pendant le coït, telles que la surprise, la crainte, la terreur, l'indignation, ou toute autre affection vive de l'ame : opinion qui aurait quelque vraisemblance, s'il était bien démontré que l'œuf passât de l'ovaire dans la matrice pendant la fécondation. Les autres se sont empressés d'ouvrir les femmes qui avaient succombé pendant ces sortes de grossesses, et ont cherché, pour ainsi dire, à prendre la nature sur le fait. Mais il s'en faut bien que cette autopsie soit de quelque utilité pour la pratique. Qu'importe, en effet, de savoir que les membranes de l'ovaire, plus dures qu'à l'ordinaire, peuvent retenir l'embryon après sa fécondation, que la trompe est sujette à l'oblitération après le coït, qu'elle peut être trop courte pour atteindre et embrasser l'ovaire, que les franges de son pavillon peuvent être impropres à recevoir l'œuf pour le transmettre dans la matrice; il faudrait, outre cela, qu'on pût prévoir ces sortes de vices de conformation, et surtout y apporter remède pendant la vie et avant l'acte de la génération. Dans un cas de grossesse abdominale, que nous observâmes, il y a six ans, avec le docteur Grésily et plusieurs autres médecins et chirurgiens de la capitale, la femme disait avoir l'habitude de prendre la situation de l'homme pendant le coït, si c'était là une cause d'erreur de lieu dans la génération, ce qui n'est pas invraisemblable, il serait facile de l'éviter.

Quoi qu'il en soit, les signes de la grossesse extra-utérine se divisent en équivoques et en certains. Les premiers se déduisent des accidens ou phénomènes qui surviennent après la conception : tels que la diminution ou suppression incomplète des règles, l'absence de lait et de gonflement aux mamelles, le défaut de vomissemens, enfin la tuméfaction qui n'affecte qu'un des côtés du ventre. Ces signes sont doublement incertains, parce que la plupart d'entre eux n'accompagnent pas toujours la grossesse extra-utérine, et qu'ils peuvent tous exister dans la grossesse ordinaire.

Ce n'est donc, à proprement parler, qu'au moyen du toucher, et passé les premiers mois, qu'on peut bien reconnaître si la nature a commis une erreur de lieu dans la génération. Ainsi, on palpe le ventre de la femme et on y distingue les mouvemens du fœtus;

dès-lors plus de doute sur l'existence de la grossesse. Si, d'un autre côté, on trouve la matrice dans l'état naturel, ou trop peu développée pour contenir le produit de la conception, il est naturel de conclure qu'il est hors de ce viscère, et que la grossesse est extra-utérine. Cette conséquence est d'autant plus sûre, que la main qui fait de telles recherches est plus exercée dans l'art du toucher.

Mais quel sera le praticien assez habile pour distinguer la grossesse de la trompe d'avec celle de l'ovaire, et l'une et l'autre d'avec celle de l'abdomen? Si l'on en juge d'après les observations de Bertrandi, de Foart Simmons, de Levret et de William Tumbull, de Londres, la matrice augmente sympathiquement de volume lorsque le fœtus est dans la trompe ou sur l'ovaire, tandis qu'aucun fait ne prouve le même changement utérin lorsqu'il se développe dans l'abdomen. La grossesse abdominale paraîtrait donc caractérisée par le vide de la matrice, joint à sa pesanteur ordinaire. Il est vrai que le placenta pourrait s'implanter alors sur le fond de ce viscère et en augmenter la pesanteur, ce qui ne manquerait pas de répandre de l'obscurité sur le diagnostic. Comment la dissiper? Serait-ce par les mouvemens du fœtus, qu'on dit être plus libres et plus sensibles pour la femme dans la grossesse abdominale? Mais ce n'est là qu'un signe très-équivoque, puisqu'un fœtus qui se développe dans l'abdomen peut être plus chétif, plus faible et plus lent à se mouvoir que s'il était fixé ailleurs. Quant à la mobilité de l'utérus, qu'on dit être plus grande pendant la grossesse de l'ovaire que pendant celle de la trompe, sous prétexte que ce viscère s'éloigne plus de la tumeur qui contient le fœtus dans le premier cas que dans le second, nous pensons aussi que cette différence est inappréciable dans la pratique. La matrice n'offre jamais, dans ces deux cas, qu'une tumeur accolée ou sur-ajoutée à celle qui contient le fœtus.

Nous avons cru long-temps, sur la foi des auteurs, qu'il était facile de distinguer la grossesse extra-utérine et ses différentes espèces. Mais que l'expérience nous a rendu réservé et circonspect à cet égard! Il y a près de vingt-cinq ans que les plus célèbres accoucheurs de Paris soupçonnèrent une grossesse extra-utérine chez une femme qui était à l'hôpital de la Charité; cependant elle accoucha très-naturellement d'un enfant à terme et bien conformé qu'elle avait porté dans la matrice. Ces dernières années n'a-t-on pas recueilli des observations de grossesse abdominale qu'on n'a reconnue qu'après la mort des femmes par l'ouverture des cadavres? Enfin, tout récemment encore, nous avons partagé nous-même la méprise de MM. Dubois, Dupuytren, Lisfranc, Maygrier, Gresily, etc., au sujet d'une femme dont nous avons cru que la matrice chargée du produit de la conception était dans l'état de rétroversion, tandis que le fœtus s'était développé hors de ce viscère, et faisait saillie à la partie supérieure et postérieure du vagin. Le diagnostic dans ces sortes de cas n'est donc pas aussi clair ni aussi précis qu'on le croirait d'après les livres.

Dans la grossesse extra-utérine, quelle qu'en soit l'espèce, le

but de la nature est évidemment manqué, puisqu'on ne peut pas compter sur la naissance d'un nouvel individu qui se développe hors de la matrice, seul organe où le mystère de la génération puisse s'accomplir. On en cite bien quelques-uns qui sont parvenus au terme de leur maturité dans la trompe, sur l'ovaire ou dans l'abdomen; tels étaient celui dont parle le célèbre Haller, celui que Marchand avait communiqué à Leroux, de Dijon, celui que Balthazar, élève de l'Hôtel-Dieu de Paris, présenta à l'Académie, il y a une trentaine d'années, et celui que Baudelocque rapporte avoir trouvé d'un poids et d'un volume presque au-dessus du naturel. De ce nombre étaient encore ceux dont parlent Cyprianus, Simon, Galli, et Brewer, de Leipsick; mais de tels faits sont trop inexacts, trop peu détaillés et trop peu nombreux pour faire une exception à la règle générale. Il est fort rare que le fœtus reste plus de trois mois dans la trompe, d'après les observations d'Amand, de Mauriceau, de Vassal, de Duverney, de Portal, de Maugras, de Baudelocque et de plusieurs autres praticiens. On conçoit néanmoins qu'il pourrait acquérir un peu plus de volume dans le pavillon de la trompe, où Bohemer place la grossesse tubaire externe, et sur l'ovaire ou dans la cavité du péritoine, parce qu'il serait alors plus libre que dans la trompe, où le même auteur place la grossesse tubaire interne; mais il serait toujours destiné à une mort certaine, à moins que l'art ne lui ouvrît une issue à travers les parois abdominales.

Le sort de la femme chez laquelle il arrive de tels désordres n'est jamais sans danger, quoiqu'il ne soit pas toujours désespéré. Le plus souvent on l'a vue périr vers le quatrième mois, époque où les enveloppes du fœtus, portées au-delà de leur extension naturelle, venaient à se rompre. Les douleurs les plus aiguës, suivies d'un calme trompeur, l'affaissement de l'abdomen et un sentiment de chaleur douce répandue dans cette cavité, la pâleur du visage, la diminution progressive et la cessation du pouls, une sueur froide sur tout le corps, quelques convulsions et la mort : telle était la série des accidens, dont le commencement était si inopiné et la marche si rapide, qu'on avait à peine le temps d'administrer quelques secours. A l'ouverture du cadavre, un énorme caillot de sang attestait l'hémorrhagie qui avait causé une telle catastrophe.

Cependant, une fin aussi tragique et aussi malheureuse n'est pas réservée à toutes les femmes qui se trouvent dans les mêmes conjonctures. Le fœtus extra-utérin périt quelquefois avant de rompre son enveloppe, et alors il peut se dessécher ou se convertir en une masse concrète qui ne cause à la mère qu'un sentiment de pesanteur plus ou moins incommode. Morand, dans un mémoire à l'Académie des Sciences, rapporte que des enfans ont séjourné dans le ventre de leur mère l'espace de vingt-six, vingt-huit, trente-trois, et même quarante six ans. Le Recueil périodique de la Société de Médecine de Paris, Walter, de Berlin, et M. A. Petit, de Lyon, ont publié des faits analogues. D'autres fois, la femme survit même à la rupture de l'enveloppe qui contient le produit

de la conception. Bianchi parle d'un fœtus qui s'était conservé cinquante ans dans l'abdomen, où il était tombé de l'ovaire droit. Une observation de Jacob, de Londres, et une autre de Pouteau, attestent aussi cette ressource de la nature. Ce qu'il y a de plus extraordinaire dans ces sortes de prodiges, c'est que la présence de ces enfans ne s'oppose pas toujours à la génération. Une femme de Linzell, en Souabe, dans le ventre de laquelle l'enfant séjourna près d'un demi-siècle, conçut deux fois dans cet état, et mit au monde des enfans qui se portaient bien.

Certaines femmes périssent à la suite d'une grossesse extra-utérine, victimes de l'inflammation qui survient aux viscères du bas-ventre, ou de la putréfaction que le fœtus communique aux parties circonvoisines. Tel fut le sort de la femme dont le docteur Gresily recueillit l'histoire, il y a six ans, sur le quai Saint-Bernard. On en cite néanmoins quelques-unes qui, après les crises les plus orageuses et les plus longues, ont eu le bonheur d'échapper à la mort, soit que la nature seule ait triomphé de tous les obstacles qui semblaient s'opposer au retour de la santé, soit que l'art les ait secourues. Les parties du fœtus, séparées les unes des autres par la pourriture, se sont frayé différentes issues, et sont sorties en détail par le nombril, par l'aine, par le fondement ou par les voies urinaires. Litre sauva une femme en l'aidant à rendre par l'anus les os d'un fœtus qui, après s'être pourri dans le ventre, avait causé un dépôt dont l'ouverture s'était faite au rectum. Les docteurs Béclard et Danyau ont procuré le même avantage à une femme dont la grossesse extra-utérine s'était terminée d'une semblable manière. Celles dont parlent Nourse, dans les Transactions philosophiques, Giffard, dans la Bibliothèque britannique, et Baudelocque, dans le Recueil périodique de la Société médicale, ne furent pas aussi heureuses ; elles périrent peu de temps après avoir rendu des fœtus extra-utérins par les garde-robes.

D'après toutes ces considérations, quel parti prendra l'accoucheur à l'égard de la femme chez laquelle il a constaté l'existence d'une grossesse extra-utérine? L'abandonnera-t-il aux seules ressources de la nature, comme l'ont pensé Levret, et après lui le professeur Sabattier? Ou bien viendra-t-il à son secours, suivant l'avis du plus grand nombre? Dans ce dernier cas, un régime convenable et quelques saignées, que Chambon propose, peuvent-elles la mettre à l'abri des accidens, en diminuant d'une part l'accroissement du fœtus, et en augmentant de l'autre l'extension des membranes ou du kyste qui l'enveloppe? Ou bien enfin est-il nécessaire de pratiquer la gastrotomie que les praticiens les plus sensés ont conseillée? Telles sont les questions qui nous restent à examiner.

D'abord n'attendre que de la nature la terminaison de la grossesse extra-utérine, c'est évidemment précipiter l'enfant dans le tombeau, ou lui refuser la vie dont il serait peut-être capable de jouir, si une main secourable venait l'aider à propos : c'est aussi compromettre le salut de la mère, et l'exposer aux plus grands dangers, à l'hémorrhagie, à l'inflammation, à la pourriture, etc.

Pour quelques événemens heureux, dont la rareté ne permet pas d'espérer le retour, et auxquels l'art a le plus souvent contribué, on pourrait compter des milliers de victimes qui ont succombé aux efforts impuissans qu'elles faisaient pour accoucher, ou aux accidens déterminés par la chute et le séjour du fœtus dans l'abdomen. Ce serait donc le comble de l'imprudence que de se borner ici au rôle de simple spectateur, et de laisser périr la mère et l'enfant, tandis que des secours bien administrés pourraient sauver l'un ou l'autre, et quelquefois tous les deux.

Nous ne conseillerons point les saignées, dont l'effet ne serait que d'affaiblir la femme, ni le régime, qui aurait le même inconvénient, sans influer sur le volume ou l'accroissement du fœtus. D'ailleurs, supposé que cette méthode fût aussi efficace que Chambon l'imagine, quand pourrait-on la mettre en usage? Serait-ce dans les premiers mois? mais alors la grossesse extra-utérine est encore douteuse ou indéterminée. Attendrait-on que les mouvemens du fœtus devinssent sensibles hors de la matrice? mais la mort n'attend pas toujours cette époque pour frapper sa victime.

Il n'y a donc pas de moyen plus salutaire pour la mère et l'enfant que la gastrotomie, dans le cas de grossesse extra-utérine; et les craintes qui pourraient empêcher de la pratiquer sont toutes, sinon chimériques, du moins peu fondées. Cette opération est plus simple et moins difficile que l'hystérotomie, puisqu'il ne s'agit point de toucher à la matrice. On allègue l'hémorrhagie et l'épanchement de sang qui suivrait le décollement du placenta, par le défaut de contractilité dans les parties abdominales où il serait implanté; mais cet accident serait-il plus à craindre après l'incision des membranes ou du kyste qui enveloppent le fœtus, qu'après leur rupture spontanée et inattendue? Ce décollement n'est peut-être pas aussi dangereux qu'on le croit, surtout quand le placenta est pour ainsi dire membraneux, et que ses vaisseaux très-petits vont s'éparpiller et se perdre au péritoine, à l'estomac, au foie, au mésentère, à l'épiploon, etc., comme dans l'exemple rapporté par Wiliam Tumbull, ou bien lorsque le fœtus est renfermé dans un kyste particulier, comme dans une observation publiée par Baudelocque. Outre cela, il n'y a aucune nécessité de procéder à la délivrance ou d'enlever le placenta immédiatement après l'extraction du fœtus. Rien n'empêche, au contraire, de le laisser dans le bas-ventre jusqu'à ce qu'il se décolle de lui-même, et qu'il vienne se présenter à l'ouverture extérieure. En attendant, s'il vient à se corrompre, les lambeaux qui s'en détachent trouveront une issue libre par la plaie extérieure, et la pourriture n'aura jamais les mêmes dangers pour la femme que si elle s'était communiquée au fœtus et à tous les viscères abdominaux. Ainsi, de quelque manière qu'on envisage la gastrotomie, elle est moins redoutable que l'abandon de la grossesse extra-utérine aux ressources de la nature. D'un côté, on a presque toujours la certitude de sauver la femme, et on peut espérer quelquefois de procurer le même avantage à l'enfant; de l'autre, on risque le plus souvent de les perdre tous les deux. Le choix est donc facile entre ces deux partis.

Mais pourquoi balancerait-on encore d'adopter une opération qui a été déjà couronnée de succès? Des observations bien authentiques prouvent que non-seulement la mère, mais encore l'enfant, lui ont dû la vie. Il ne s'agit donc plus que d'indiquer le temps et le lieu où il faut la pratiquer.

La gastrotomie, dans le cas de grossesse extra-utérine, doit avoir un temps d'élection et un temps de nécessité. Ce dernier est marqué, comme le dit Baudelocque, par les accidens qui surviennent après la mort de l'enfant, et par le danger qui menace la femme. Mais faut-il attendre, comme ce praticien le conseille, que la nature indique le temps de nécessité par les efforts qu'elle fait pour expulser l'enfant, quelquefois au terme ordinaire, comme dans une bonne grossesse, souvent plus tôt ou plus tard? Si l'on prend ce parti on reconnaîtra ces efforts à des douleurs qui imitent le travail de l'accouchement, et pendant lesquelles le col de la matrice s'entr'ouvre pour donner issue à des mucosités sanguinolentes. Galli, dans un cas semblable, a pu introduire le doigt dans ce viscère, en explorer la cavité, et s'assurer qu'il ne contenait rien. Mais il nous semble qu'en temporisant ainsi, on risquerait de faire beaucoup de victimes. D'abord, on peut rarement espérer que la grossesse extra-utérine arrive à terme, comme nous l'avons déjà fait observer. Presque toujours le fœtus rompt prématurément ses enveloppes et détermine une hémorrhagie qui fait périr la femme avant qu'on ait le temps de la secourir. En second lieu, n'aurait-on pas à craindre que les premiers efforts de la nature, si on les attendait, ne fussent suivis du même accident? Nous pensons donc, avec le docteur Gardien, que, pour le prévenir, il conviendrait de pratiquer la gastrotomie quelques jours avant l'époque indiquée par la nature. Cette anticipation, loin d'être blâmable, paraît, au contraire, très-conforme aux règles de la prudence; car, si l'enfant est viable, on peut espérer de le sauver, ainsi que la mère, au lieu qu'en différant, on les expose à périr l'un et l'autre; s'il ne l'est pas, on sacrifie un individu qui n'a que le germe de vie, mais on en conserve un autre dont l'existence est précieuse : n'est-ce pas alors de deux maux éviter le pire?

Le lieu où l'on doit pratiquer la gastrotomie est toujours déterminé par celui que le fœtus occupe. Est-il renfermé dans l'abdomen, on incise les parois de cette cavité dans l'endroit qui répond à la ligne blanche. S'est-il développé dans la trompe ou sur l'ovaire, on fait l'ouverture à droite ou à gauche, suivant le côté où est la tumeur extra-utérine. Dans tous les cas, on incise, non-seulement les parois abdominales, mais encore le kyste ou les enveloppes qui contiennent le produit de la conception. La tête du fœtus peut s'engager et faire une saillie distincte dans le petit bassin, comme cela est arrivé chez la femme Cantin, dont Colomb a communiqué l'observation à la Société médicale de Lyon, et chez une autre dont Baudelocque a fait mention. Le premier regrette de n'avoir pas conseillé d'inciser le vagin sur la tête de l'enfant, et l'autre dit positivement que cela eût été possible. Pourquoi donc ne se compor-

terait-on pas de la sorte, si de pareils cas venaient à se reproduire? Cette voie permettrait l'extraction de l'enfant avec toutes ses dépendances, fournirait une issue libre aux écoulemens, et favoriserait les injections. Telle eût été la conduite qu'on eût tenue, et l'opération qu'on eût conseillée pour la femme dont le docteur Gresily a recueilli l'observation, si elle n'avait été en proie à la plus violente péritonite, qui devait infailliblement l'entraîner au tombeau : ce que la suite ne justifia que trop bien. Cette malheureuse succomba presque immédiatement après qu'on l'eut aidée à rendre, par le rectum, un fœtus à moitié pourri, qui, du kyste abdominal où il s'était développé durant la grossesse, avait passé dans l'intestin, à travers une ouverture que lui avaient préparée l'inflammation et la suppuration des parties adjacentes. A la dissection du cadavre, on trouva aussi la paroi du kyste ulcérée, amincie, et presque perforée vers la partie supérieure et postérieure du vagin : ce qui attestait le travail et les efforts de la nature pour expulser l'avorton extra-utérin à travers ce canal et la vulve. Par conséquent, les regrets de Colomb, à l'égard de la femme Cantin, étaient justes, et Baudelocque croyait avec raison à la possibilité de l'opération que ce médecin aurait conseillée.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.

SECONDE PARTIE.

TROISIÈME PARTIE.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.


Google

